



## INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# "UTAN VARANDRA KAN VI INTE FUNGERA"

- En kvalitativ studie om hur socionomers roll uppfattas av andra professioner inom psykiatrin

SQ4562 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

HT-17

Patricia Bonfré & Victoria Sunnerdahl

Handledare: Staffan Höjer

# Abstract

Titel: "Utan varandra kan vi inte fungera"- En kvalitativ studie om hur socionomers roll uppfattas av andra professioner inom psykiatrin

Författare: Patricia Bonfré & Victoria Sunnerdahl

Syftet med studien är att undersöka hur andra professioner inom hälso- och sjukvård upplever socionomer i de multiprofessionella teamen, samt undersöka vilken status och legitimitet socionomyrket som profession har i dessa verksamheter. Vi har genomfört åtta intervjuer med personer tillhörande olika professioner. Dessa personer arbetade på psykiatriska mottagningar i Väst-Sverige. Vi har analyserat dessa intervjuer med hjälp av innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt har vi använt oss av professionsteori med tillhörande begrepp "jurisdiktion" samt "diskretion". Vi har även använt oss av rollteori, i form av strukturfunktionalistisk rollteori samt den dramaturgiska rollteorin. Vår studie visade att socionomernas roll inom det multiprofessionella teamet är viktig samtidigt som den är svårdefinierad och komplex. Studien visade även att socionomerna upplevs ha hög status och legitimitet men att detta kan bero på hur socionomerna framställer sig själva i det multiprofessionella teamet. Det framkom vidare att socionomers kompetens kan upplevas som missförstådd. På grund av detta används möjligen inte socionomer i dessa verksamheter på rätt sätt. I studien framkom att en lösning på detta problem skulle kunna vara att införa en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Genom detta skulle gruppens status och legitimitet kunna öka då en legitimation kan möjliggöra att socionomers roll blir mer tydlig och skulle även kunna avgränsa kunskapsområdet för professionen.

*Nyckelord:* Socionom, hälso- och sjukvård, multiprofessionellt team, status, legitimitet, legitimation

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b>	<b>1</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>2</b>
1.1 Problemformulering	2
1.2 Syfte och frågeställningar	4
1.3 Avgränsningar	4
1.4 Arbetsfördelning	4
1.5 Bakgrund	5
1.5.1 Viktiga steg i professionaliseringen av socionomyrket i Sverige - från fattigvård till socialvård	5
1.5.2 Kuratorn i en medicinsk kontext	6
1.5.3 Legitimerade professioner i Sverige	9
<b>2. Kunskapsläge</b>	<b>12</b>
2.1 Socionomer som skolkuratorer	12
2.2 Socionomer inom hälso- och sjukvård	13
2.3 Sjukhuskuratorernas jurisdiktion i de multiprofessionella teamen	16
<b>3. Teori</b>	<b>18</b>
3.1 Professionsteori	18
3.2 Jurisdiktion	20
3.3 Diskretion	20
3.4 Rollteori	21
<b>4. Metod</b>	<b>23</b>
4.1 Val av metod - fördelar och begränsningar	23
4.2 Urvalsprocess	24
4.3 Genomförande av intervju	26
4.4 Bearbetning och analys av empirin	29
4.5 Studiens tillförlitlighet	31
4.6 Forskningsetiska överväganden	33
<b>5. Resultat och analys</b>	<b>36</b>
5.1 Socionomens roll i verksamheten - arbetsuppgifter och upplevelser	36
5.2 Multiprofessionellt team	42
5.3 Socionomernas status, legitimitet och tolkningsföreträdare	45
5.4 Legitimation	49
<b>6. Avslutande diskussion</b>	<b>52</b>
6.1 Slutsatser och diskussion	52
6.2 Metodreflektion	55
6.3 Vidare forskning	56
<b>Bilagor</b>	<b>61</b>
1. Begreppslista	61
2. Informationsbrev	62
3. Samtyckesblankett	63
4. Intervjuguide	64

# Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till de personer som hjälpt oss att finna våra intervjudeltagare. Med hjälp av Er har vi kunnat nå fram till viktiga personer för vår studie. Härnäst vill vi tacka alla våra deltagare, som har tagit sig tid och visat stort intresse för vår studie. Utan Er hade vi inte kunnat genomföra den studie vi velat. Vi vill även tacka vår handledare Staffan Höjer, som har stått ut med våra frågor och väglett oss genom denna process. Du har bidragit med mycket kunskap och kloka ord på vägen. Du har hjälpt oss att tro på oss själva och att vi kan slutföra denna kandidatuppsats.

Slutligen vill vi tacka varandra. För ett gott samarbete och fantastisk prestation. Vi är nu ännu ett steg närmare vår framtid som socionomer!

**Tack!**

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Den 30 augusti 2017 utger Socialdepartementet en promemoria där det föreslås att legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård skall införas, samt att den som arbetar som kurator i denna kontext skall kallas för hälso- och sjukvårdskurator. Dessa författningsändringar föreslås träda i kraft 1 januari 2019 (Ds 2017:39:1). Denna promemoria är en av de senaste uppdateringarna från Socialdepartementet gällande sjukvårdskuratorns framtida legitimation. Inom hälso- och sjukvården är kuratorn den enda professionen som saknar legitimation. Den rådande debatten handlar om hur socionomer inom hälso- och sjukvården kan höja sin status och legitimitet med hjälp av just en legitimation. Diskussionen handlar även om hur socionomer kan höja sin kvalitet, både gentemot patient och i förhållande till andra professioner.

Det kan sägas att studien har relevans för socialt arbete då debatten om socionomers status och legitimitet är aktuellt och har varit i ropet under en lång tid. Denna diskussion har många gånger lyfts och debatterats av såväl politiker som yrkesverksamma. Den senaste uppdateringen gällande införandet av legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård är ett svar på den promemoria som Socialdepartementet författat (DS 2017:39). Detta svar är ett yttrande från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som berör hur införandet av en sådan legitimation skulle kunna påverka de övriga yrkesverksamma kuratorerna (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). Att en grupp kuratorer i en viss kontext får en legitimation medan andra inte får det menar SKL skulle kunna medföra en splittrig i yrkesgruppen. Därmed bedömer SKL att införandet av legitimation för enbart sjukvårdskuratorer inte är ett långsiktigt bra beslut. Genom detta yttrande synliggörs det faktum att diskussionen gällande legitimation är högaktuell och det blir tydligt för den som följer debatten att det finns oenighet i frågan.

Att införa en legitimation kan anses innebära en statushöjning av professionen och kan vara en del av den ökade professionaliseringen. Socionomyrkets professionsutveckling har skett i olika steg. Samtidigt som det var ett steg i professionaliseringen av yrket att upprätta de första socialhögskolorna, och därmed ge utbildningen högskolestatus, ökade även den generella statusen för hela professionen. På så vis har socialt arbete allt eftersom stärkt sin position i

samhället och försök att öka professionens status görs därmed kontinuerligt (Wingfors, 2004:111; Dellgran & Höjer, 2005:263; Socialstyrelsen, 2014:7).

Akademikerförbundet SSR har nyligen givit ut en bok som handlar om att lyfta socionomers breda kompetens och förtydliga att just denna bredd är deras spets. Det beskrivs hur socionomer måste framhäva sin breda professionella kunskap för att ytterligare etablera sin position gentemot andra professioner. Även detta är en del av en ökad professionalisering av socionomyrket (Josefsson, 2017:9).

Varför just detta ämne valts som tema för denna studie var då Patricia befann sig på en Öppenvård psykiatrisk mottagning under sin Verksamhetsförlagda utbildning våren 2017. Där fick hon inblick i hur det kan vara för en socionom att arbeta i ett multiprofessionellt team inom hälso- och sjukvårdskontexten. Med multiprofessionellt team menas ett arbetslag där flera professioner samverkar med varandra i det dagliga arbetet inom verksamheten (Socialstyrelsen, 2017). Några professioner som finns inom en sådan verksamhet är socionomer, arbetsterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, dietister, läkare med flera. Vi har tillsammans diskuterat hur det kan vara för en socionom att arbeta i ett sådant team, där majoriteten av kollegorna har medicinsk utbildning jämfört med socionomens samhällsinriktade utbildning.

Vi kommer redogöra för socionomers roll inom de multiprofessionella teamen, samt vilken legitimitet socionomyrket innehar i denna medicinska kontext. Inom den medicinska kontexten har nästan alla professioner en yrkeslegitimation som styrker deras kvalitet och patientsäkerhet. Den enda behandlande professionen inom vården som inte har en legitimation är kuratorn, vilket oftast utgörs av en socionom (Gåfvels, 2014:64).

Vi har tagit del av studier som redogör för kuratorns egna upplevelser och erfarenheter av att arbeta i ett multiprofessionellt team, till exempel artiklar skrivna av Davis, Baldry, Milosevic & Walsh (2004; 2005), Framme (2014) och Isaksson (2014). Däremot ser vi en kunskapslucka i frågan gällande hur andra professioner upplever socionomers roll inom det multiprofessionella teamet. Vi har därför valt att fokusera vår studie på just detta.

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien är att undersöka hur andra professioner inom hälso- och sjukvård upplever socionomer i de multiprofessionella teamen, samt undersöka vilken status och legitimitet socionomyrket som profession har i dessa verksamheter.

1. Vilka upplevelser har andra professioner av socionomyrket?
2. Hur upplever andra professioner socionomernas roll inom de multiprofessionella teamen?
3. Vilka faktorer är avgörande för vem som har tolkningsföreträde gällande tillvägagångssätt och behandling för en patient inom verksamheten?
4. Vilken status och legitimitet innehar socionomer inom verksamheten enligt andra professioner?

## **1.3 Avgränsningar**

Denna studie har inte som avsikt att redogöra för alla professioners uppfattning om socionomyrket. Vi har därför valt att fokusera på professioner inom just hälso- och sjukvården och deras upplevelser av socionomer. Då psykiatrin var mest tillgänglig för oss valde vi att fokusera vår studie till just detta sammanhang. Vår studie syftar heller inte till att kunna generalisera det resultat som framkommer till alla socionomer. Som vi sedan kommer redogöra för i ”Bakgrundsavsnittet” i denna studie finns socionomer inom olika kontexter, så som exempelvis skola och somatiskt vård. Utifrån tidsramen för denna studie har vi därför valt att avgränsa oss till just det ovan nämnda området psykiatri.

I syfte att fylla den kunskapslucka vi själva funnit kommer vi inte att intervjua kuratorer. Detta utifrån att det redan finns ett antal studier som fokuserat på kuratorns upplevelser av att arbeta i multiprofessionella team. Istället kommer vi enbart undersöka andra professioner som arbetar tillsammans med en socionom som arbetar som kurator.

## **1.4 Arbetsfördelning**

Vi har under skrivprocessen valt att sitta tillsammans och gemensamt skrivit i alla avsnitten i denna uppsats. Detta för att vi båda skall vara lika delaktiga och ha samma kunskapsbas inom området samt ha jämbördig kunskap om uppsatsens innehåll. Under intervjutillfällena valde vi

att fördela ansvaret på så sätt att en av oss höll i intervjun medan den andre förde anteckningar samt bevakade samtalet. Dessa roller fördelade vi jämt oss emellan så vi båda höll i lika många intervjuer. Därefter delade vi även lika när vi skulle transkribera våra intervjuer. Det har varit viktigt för oss att ha en jämn arbetsfördelning och har behållit denna fördelning längst hela processen.

## **1.5 Bakgrund**

### *1.5.1 Viktiga steg i professionaliseringen av socionomyrket i Sverige - från fattigvård till socialvård*

I början av 1800-talets Sverige var sociala klasskillnader tydliga. Allt större samhällsklyftor innebar ett större behov av försörjnings- och fattigvårdsinsatser. År 1847 kunde den första fattigvårdslagen i Sverige utkristalliseras, innan dess var fattigvården inte lagligt reglerad av staten. Fattigvården bestod länge av kyrkans välgörande handlingar och statens ansvar för de fattiga var obefintligt (Wingfors, 2004:20).

Under 1900-talets början gjordes försök till att skapa ett socialpolitiskt Sverige. Betydande för denna tid var att försöka påverka lagstiftningen samt formulera tankar om hur det sociala arbetet skulle organiseras, vem det skulle rikta sig till samt vem som skulle utföra arbetet. Syftet var från början att de som utförde arbetet skulle tillhöra högre klass. Däremot var det de personer som erbjöd att åta sig uppdraget som faktiskt utförde det sociala arbetet i slutändan (Pettersson, 2001:23; Wingfors, 2004:21).

För att tydliggöra vilka grupper som mest behövde hjälp anordnades utbildningar, kurser och föreläsningar för de som ansvarade för det sociala arbetet. Dessa utbildningar handlade om moral och de behövde kombineras med praktisk kunskap. Som följd av detta kom teoretisk kunskap och praktisk utbildning att förenas med kyrkans befintliga välgörande verksamhet. Kunskapsområdet var stort, ett spann mellan alltifrån barnavård till nykterhetsvård. Ett av de viktigaste områdena var inom industrin, detta då det var här den första befattningen inom socialt arbete infördes, närmare bestämt ”yrkesinspektris”. Denna befattning erhöles första gången år 1912 av Kerstin Hesselgren och innebar att hon arbetade med att förbättra kvinnornas hälsoaspekter inom industrin, samt strävade efter att höja deras moral- och kunskapsnivå. Därefter fick hon inspiration av andra europeiska företrädare att utveckla det ideella arbetet



som ”fabrikssyster” till att bli ett avlönat arbete som istället kom att kallas ”personalkonsulent”. Detta var ett steg i ledet mot ett professionellt och avlönat socialt arbete (Wingfors, 2004:22).

År 1957 kom Socialhjälpslagen att ändras. Ordet fattigvård byttes ut mot socialvård. Lagändringarna innebar ett större individfokus som kom att påverka det sociala arbetet i decennier. Kritik har lyfts fram mot denna socialhjälpslag då den ansågs lägga alltför stor vikt vid individens eget ansvar för sin situation. Fokus ville istället läggas på samhällets ansvar av att förebygga sociala problem. Massiv kritik framfördes mot att exempelvis narkotikaproblematik inte beaktats i den dåvarande lagstiftningen. Som svar på denna kritik uppförs år 1967 Socialutredningen. Femton år senare, i januari 1982, uppkommer vår nuvarande lagstiftning, Socialtjänstlagen. I och med detta synliggörs ett tydligt klientfokus och dennes rättigheter. Med utvecklingen av socialt arbete synliggörs även ett allt större behov av utbildning till dem som utför arbetet, även detta ett steg i riktning mot ett allt mer professionaliserat socialt arbete (Wingfors, 2004:23).

Idag finns socialt arbete i flera olika kontexter, inte bara inom kommunernas socialtjänst utan även inom exempelvis skola samt hälso- och sjukvård. År 1913 startades en insamling för att tillsätta en kurator på sjukhusen i syfte att se till patientens livssituation. Anledningen till att detta beslut togs var på grund av att överläkaren Olof Kinberg blev mycket upprörd över att patienternas ekonomi försämrades avsevärt under vårdtiden. Det bedömdes att det behövdes en specifik person med särskild kompetens för att tillsätta denna plats (Olsson, 1999:83). Det blir därmed tydligt att det har behövts kuratorer inom hälso- och sjukvården under en lång tid. Detta för att se till patientens levnadssituation under tiden som denne vårdas på sjukhus. Kuratorn, som ofta är socionom, och dess roll inom hälso- och sjukvården är omdiskuterad och det finns mycket forskning om kurators egna upplevelser av att arbeta inom just hälso- och sjukvård. Denna uppsats fokuserar istället på socionomers roll inom hälso- och sjukvården utifrån andra professioners perspektiv snarare än socionomers egna upplevelser.

### *1.5.2 Kuratorn i en medicinsk kontext*

I den medicinska kontexten blir kurators plats viktig. Dess funktion blir att hjälpa och behandla människor som befinner sig i en utsatt situation utifrån skilda sjukdomstillstånd. Kuratorernas uppdrag är politiskt styrt då deras arbetsgivare oftast är landsting eller regioner (Gåfvels, 2014:56). Som kurator görs försök att påvisa och förändra strukturella förutsättningar

för ohälsa, både psykisk och fysisk. Rollen som kurator innebär också att implementera det kunskapsområde och den människosyn som följer av en utbildning i socialt arbete. Kuratorn måste även ha kunskap om vårdvetenskap för att kunna samverka med de andra professioner som finns inom hälso- och sjukvården. Det betyder att kuratorn behöver en bred kunskap som delvis handlar om människan i ett socialt sammanhang, men även kunskap om människans hälsa och hur dessa samspelar (Gåfvels, 2014:50).

Kuratorn har ett patientfokus i form av faktiskt behandling men ges även funktionen ”social expert” inom verksamheten. Kuratorns arbetsuppgift blir bland annat:

- Belysa patientens egna förmåga att påverka och förändra sin nuvarande situation
- Möjliggöra för patienten att på ett mer fördelaktigt sätt hantera olika påfrestningar
- Anpassa patientens sociala miljö för att skapa goda förutsättningar för en gynnsam utveckling
- Medvetandegöra patienter och kollegor om resurser i samhället som arbetar förebyggande mot social problematik till följd av psykisk eller fysisk ohälsa (Gåfvels, 2014:53-54).

Som ovan nämnt ges ofta kuratorn rollen som social expert vilket innebär att:

- Informera samverkanspartners om individens sociala situation och hur denna påverkar den medicinska behandlingen
- Se till att patienten bemöts med respekt vid kontakt med sjukvård
- Ansvara för kontakten med patientens anhöriga samt ha ett större ansvar gällande anhängstöd om behov finns
- På en mer strukturell nivå motverka diskriminering av utsatta grupper (Gåfvels, 2014:53-54).

I patientkontakten arbetar kuratorn mot olika insatsmål. Vilken insats som ges beror på det medicinska tillståndet som patienten befinner sig i. Dessa tillstånd kan delas in i tre kategorier: akuta-, kroniska- samt progredierande tillstånd. De senare innebär ett tillstånd som försämras över tid. Det akuta tillståndet kännetecknas av att patienten insjuknar hastigt och oväntat. Kuratorns psykologiska mål är att minska känslan av kaos, samt skapa trygghet i patientens livssituation. Det sociala målet, vilket kuratorn även arbetar mot, innebär att stötta patienten till att bibehålla sitt sociala sammanhang (Gåfvels, 2014:54).

Vid kroniskt tillstånd blir kuratorns psykologiska mål att patienten accepterar sin sjukdom eller funktionsnedsättning. Det sociala målet handlar även om i detta tillståndet att bibehålla det sociala sammanhanget som patienten befinner sig i. Vid det progredierande tillståndet arbetar kuratorn mot det psykologiska målet att patienten upprätthåller ett positivt förhållningssätt till livet. I detta tillståndet handlar det sociala målet om att tillförsäkra patientens rättigheter, vilket i sin tur möjliggör en god livskvalitet trots ett ökat vårdbehov (Gåfvels, 2014:54).

Hälso- och sjukvården regleras av olika lagstiftningar. Det är bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), Patientdatalagen (SFS 2008:355), Personsuppgiftslagen (SFS 1998:204), Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400), Patientskadelagen (SFS 1996:799), Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). Det är alltså viktigt för kuratorn inom hälso- och sjukvården att ha god kännedom kring dessa lagrum för att kunna utföra ett gott arbete inom verksamheten. Kuratorn ges ansvar att säkerställa patientens lagstadgade rätt till samhällets skyddsnet (Gåfvels, 2014:58–61).

Patientsäkerhetslagen ersatte år 2010 lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Patientsäkerhetslagen syftar till att i högre grad se till patientsäkerhet. Tillsynen över yrkesutövarna skulle komma att skärpas och patienterna skulle garanteras en kvalitetssäkrad vård. Genom ett nytt patientsäkerhetsperspektiv gavs möjligheten att rapportera missförhållanden i vården. Detta kunde i sin tur resultera i en indragen legitimation för yrkesutövaren. De flesta yrken inom hälso- och sjukvården är legitimerade, däremot inte socionomer. Ur ett patientperspektiv ses skillnaden mellan socionomer som arbetar som sjukhuskuratorer och det klassiska legitimationsyrket psykolog som härfin på grund av liknande arbetsuppgifter och vårdtyngd. Det kan alltså sägas vara märkligt att dessa två till synes liknande yrken inte båda är legitimerade (Fröberg & Höllgren, 2010:5).

År 2013 gav Regeringen uppdrag till Socialstyrelsen att utreda behovet av att legitimera kuratorer inom hälso- och sjukvård utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv (Socialdepartementet, 2013). Året därpå gör Socialstyrelsen en rapport som redogör för behovet av legitimation för kuratorer (Socialstyrelsen, 2014). I denna rapport beskrivs hur staten vid legitimering av ett yrke åtar sig att ansvara för yrkesutövarens lämplighet och kunskapsnivå. Detta genom att i de fall om yrkesutövaren missköter sitt arbete kommer denne få indragen legitimation vilket

resulterar i att denne inte längre får utöva yrket i fråga (Socialstyrelsen, 2014:20). Den rapport som Socialstyrelsen uppfört argumenterar för legitimering av kuratorsyrket inom hälso- och sjukvård, däremot saknas beslut om just detta när rapporten färdigställs.

År 2017 publiceras i Departementsserien en promemoria gällande införandet av legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer. Denna promemoria föreslår att en legitimering av denna yrkesgrupp skall ske den 1 januari 2019. Även detta är i syfte att säkerställa säkerheten för patienter då samma krav bör ställas på kuratorer som övriga professioner inom hälso- och sjukvården (Ds 2017:39:1). Detta kan resultera i en förändrad utbildning för den som vill arbeta som kurator inom hälso- och sjukvård. Utbildningen skulle då innebära en fördjupad kunskap om sociala omständigheters påverkan på psykisk och fysisk ohälsa, sjukdomstillstånd och skador, samt hur det biopsykosociala perspektivet inverkar på synen på hälsa (Socialstyrelsen, 2014:42).

### *1.5.3 Legitimerade professioner i Sverige*

Inom den medicinska kontexten finns flera legitimerade yrken. Läkaryrket var en av de första professionerna som kom att få ensamrätt över att utföra just detta arbete inom hälso- och sjukvården. Detta skedde redan under 1600-talets Sverige vilket medförde att läkaryrket kvalificerades och fick skyddad yrkestitel. Det finns fyra olika grader av legitimering och läkaryrket omfattas av den högsta graden. Den första graden, ”ensamrätt till yrke”, har den mest ingripande rättsverkan av legitimation. Denna grad omfattar även de resterande legitimationsgraderna som beskrivs nedan och väger alltså tyngst av de fyra. Exempel på yrken som omfattas av denna högsta grad av legitimation är läkare, tandläkare, barnmorskor, apotekare med flera (SFS 1998:531; Wingfors, 2004:63-64).

Den andra graden kallas ”skyddad yrkestitel i kraft av legitimation”. Denna grad innebär att vissa yrkesgrupper har förbud att titulera sig som en profession om de inte har genomgått en praktisk tjänstgöring eller saknar en legitimation. Exempel på dessa är psykologer, psykoterapeuter, arbetsterapeuter med flera (SFS 1998:531; Wingfors, 2004:64).

Den tredje graden av legitimation kallas ”skyddad yrkesbeteckning i kraft av legitimation”. Denna legitimationsgrad innebär att en profession kan utgöras av både legitimerade och icke-

legitimerade yrkesutövare. Det är alltså tillåtet att titulera sig exempelvis som naprapat även om du inte har legitimation (SFS 1998:531; Wingfors, 2004:65).

Den sista och lägsta graden av legitimation är ”skyddad yrkestitel i kraft av viss yrkesexamen”. Detta ses som ett komplement till legitimation och omfattar vissa yrkesgrupper då de arbetar inom just hälso- och sjukvårdsområdet. Ett exempel kan vara att du får kalla dig dietist om du genomgått samt slutfört en högskoleutbildning vilken resulterar i dietistexamen. Däremot kan du arbeta med dietistliknande uppgifter utan att ha genomgått rätt utbildning men får då inte kalla dig för dietist utan möjligen kostrådgivare (SFS 1998:531; Wingfors, 2004:65).

Legitimationens syfte kan sägas vara att säkerställa en viss kunskapsnivå hos yrkesutövaren samt att denne ges allmänhetens förtroende att utöva det faktiska yrket (Prop. 1983/84:179). En legitimation och skyddad yrkestitel skulle för kuratoryrket och socionomen kunna innebära en kompetenshöjning samt att kuratorn får en mer given plats i hälso- och sjukvårdens arbetslag. Det skulle sannolikt även öka patientsäkerheten då det ställs högre krav på utbildning hos den som besitter kuratorpositionen (Gåfvells, 2014:64). Socialdepartementet (Ds 2017:39:19) redogör att 98% av kuratorerna inom hälso- och sjukvård har en socionomexamen, detta innebär att möjligheten finns att någon som inte är socionom får en kuratorstjänst. Detta då kuratorspositionen inte tillhör en specifik profession.

Ett annat sätt att kvalitetssäkra en profession är genom auktorisering, vilket även är möjligt för samtliga socionomer sedan år 1998. Innan dess var det diskussion om att enbart göra auktorisationen möjlig för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Beslutet ändrades då opinion väcktes kring att auktorisationen bör omfatta alla socionomer som har ett direkt klientarbete (Wingfors, 2004:169). Till skillnad från en legitimation som utfärdas av staten, utfärdas denna auktorisation av Nämnden för socionomauktorisering. Denna nämnd är bildad av den fackliga yrkesorganisationen SSR. Det kan antas vara så att denna möjlighet till kvalitetsstämpling inte fått det genomslag som önskats. Inte heller vi som socionomstudenter har fått information om möjligheten till auktorisering. Detta visas även i mätningar som gjorts gällande hur många av Sveriges socionomer som ansökt om auktorisering, där vi kan se att ett relativt litet antal av landets socionomer tagit del av denna möjlighet (Akademikerförbundet SSR, 2016). Det som krävs för att bli auktoriserad socionom är att denne måste ha en fullgjord socionomutbildning med examen, tre års yrkeserfarenhet, dokumenterad extern handledning samt ett intyg om den

sökandes lämplighet påskrivnen av kollegor eller chef (Nämnden för socionomauktorisering, 2017).

## 2. Kunskapsläge

I detta avsnitt kommer vi presentera tidigare forskning inom området. Vi har sökt efter studier vilka kan hjälpa oss att förstå forskningsfältet och som har koppling till syftet med denna studie. För att få en vidare förståelse har vi valt att inte bara se på kuratorer inom hälso- och sjukvård utan även i andra verksamheter såsom exempelvis skola. Först såg vi till forskning om socionomer inom det multiprofessionella teamet. Sedan riktade vi våra sökningar till socionomer inom hälso- och sjukvård. Avslutningsvis sökte vi studier som mer specifikt berörde vårt område.

När vi har sökt efter de olika forskningsartiklarna har vi använt oss av databasen "Sociology Collection" och har sökt med sökorden "licensing" och "authorization systems" tillsammans med "social worker". Detta gav inget bra resultat varför vi bytte till kombinationen "multidisciplinary team" och "social worker". Det gav 389 träffar och vi valde ut artiklar som vi bedömde var relevanta för vår studie. Vi har även använt oss av Socialvetenskaplig tidskrifts arkivfunktion på tidskriftens hemsida. Där fick vi ta del av några av de artiklarna som vi har använt oss av.

### 2.1 Socionomer som skolkuratorer

Socionomer finns inom olika kontexter och inte bara inom hälso- och sjukvård. Cathrine Isaksson (2014) skriver i sin artikel *"Skolkuratorers handlingsutrymme - gränser, legitimitet och jurisdiktion"* om skolkuratorers handlingsutrymme och vad som påverkar detta. Precis som kuratorn inom hälso- och sjukvården arbetar även skolkuratorn inom ett multiprofessionellt team, tillsammans med bland annat lärare och elevhälsoteam. Studien syftar till att undersöka hur olika skolkuratorer i Sverige upplever det att arbeta inom en verksamhet där olika professioner samverkar med varandra i det dagliga arbetet. Data har insamlats genom 12 intervjuer med kuratorer vilka arbetar inom skola och har valts ut genom ett strategiskt urval där erfarenhet och kommunstorlek varit avgörande för vilka personer som valts för intervjun (Isaksson, 2014).

Studien visade att det fanns många olika uppfattningar om hur det är att arbeta som ensam representant för en profession i ett multiprofessionellt team. En stor del av intervjudeltagarna

upplevde det utmanande på olika sätt att arbeta i en verksamhet där en annan profession var flest till antal. Utmanande på så vis att läraren och kuratorn exempelvis hade olika uppfattning och vem som skulle göra vad och varför på skolan, vilket resulterade i en spänning mellan professionerna. Ett av de exempel som ges är när elever tampas med psykisk ohälsa och lärare försöker ta tag i detta, när kuratorn upplever sig ha den mest lämpade kompetensen för den typen av problematik (Isaksson, 2014). Det som Isaksson (2014) framhåller är att kuratorerna upplever ett enklare samarbete med personalen inom elevhälsa, detta då deras kunskapsbas liknar varandra mer än den dominerande lärarkårens kunskapsbas. Isaksson (2014) beskriver hur det inom elevhälsoteamen upplevs finnas respekt och tillit för varandras olika kunskaper.

Det finns flera exempel i studien som visar på kuratorernas uppfattning om vad som påverkar deras legitimitet och handlingsutrymme inom verksamheten. Det handlar dels om vad som faktiskt förväntas av kuratorn och vad som återges i arbetsbeskrivningen (Isaksson, 2014). I diskussioner om vad kuratorn faktiskt skall arbeta med har de möjlighet att vända sig tillbaka till arbetsbeskrivningen och på så sätt få arbeta med kurativt arbete. Det som däremot framställs i studien är att kuratorernas arbetsbeskrivningar ofta är vaga och opreciserade, vilket leder till att det är svårt för kuratorn att säga nej till arbetsuppgifter som möjligen inte hör till det skolkurativa arbetet. Detta leder även till att legitimiteten påverkas negativt. Kuratorerna uttrycker vidare att kompetens också utgör en faktor som påverkar deras legitimitet och handlingsutrymme. Desto mer vidareutbildning, desto större handlingsutrymme och legitimitet i verksamheten (Isaksson, 2014).

Sammanfattningsvis beskriver Isaksson (2014) att flera olika faktorer, vilka påverkar skolkuratorns handlingsutrymme och legitimitet, har framkommit i intervjuerna. Det som kan sägas är att skolkuratorn är beroende av ”legitimitetsbärande resurser” för att kunna utföra ett kurativt arbete. Dessa resurser utgörs av tydliga arbetsbeskrivningar och kompetenshöjande utbildningar. Slutsatsen som dras i studien är att kuratorns handlingsutrymme och legitimitet är starkt beroende av organisationen denne arbetar inom.

## **2.2 Socionomer inom hälso- och sjukvård**

Precis som tidigare nämnt förekommer socionomer i multiprofessionella team inom hälso- och sjukvården. Detta fenomen är inte specifikt för Sverige utan finns även internationellt. I John Herod & Mark Lymbery (2002) *”The social work role in multi-disciplinary teams”* beskrivs



det sociala arbetets roll inom det multiprofessionella teamet. Studien genomfördes i England och data samlades in med hjälp av åtta semistrukturerade intervjuer. De som intervjuades tillhörde olika professioner och arbetade med vuxna som har inlärningssvårigheter (Herod & Lymbery, 2002).

Studien syftar till att undersöka hur det sociala arbetet i verksamheten fungerade samt vilken roll arbetet hade inom verksamheten. Det fanns en övergripande uppfattning om att det perspektiv som socialarbetaren i verksamheten bidrar med skulle saknas om denne inte fanns. Detta perspektiv innebär en övergripande syn på samhället, individen samt vilka resurser samhället erbjuder. Socialarbetaren upplevs ha ett bredare synsätt än de övriga i det multiprofessionella teamet (Herod & Lymbery, 2002).

Vidare i studien presenteras att socialarbetaren i teamet har en förmåga att arbeta närmre klienten. Med detta menas att socialarbetaren har förmåga att sammankoppla det som samhället har att erbjuda med klientens behov. Det beskrivs även hur socialarbetaren har kunskap om de strukturella förutsättningarna likväl som individens behov, och arbetar med dessa olika delar utifrån ett etiskt synsätt. Slutligen kan det sägas att den övergripande upplevelsen av socialarbetarnas roll är att denne har en stark plats i det multiprofessionella teamet (Herod & Lymbery, 2002).

Trots det att socialarbetarens roll upplevs som viktig och unik, kan det läsas om i *"Defining the role of the hospital social worker in Australia"* hur Cindy Davis, Eileen Baldry, Biljana Milosevic & Anne Walsh (2004; 2005) beskriver det motsatta. De beskriver hur den utbildade socialarbetarens roll inom hälso- och sjukvården i Australien är svårdefinierad, men även missförstådd. Detta utifrån att socialarbetaren på ett sjukhus ofta har flera olika funktioner. Studien redovisas i två olika delar, en kvantitativ del (Davis et. al, 2004) samt en kvalitativ del (Davis et. al, 2005). Den data som samlats in kom dels från en statistisk databas vilken användes av 22 socialarbetare i syfte att redovisa deras dagliga arbete, dels genom fokusgrupper innehållande 21 socialarbetare vilka arbetar inom hälso- och sjukvården (Davis et. al, 2004; 2005).

Resultatet av studierna visar att socialarbetare inom hälso- och sjukvården utför flera olika arbetsuppgifter under en dag, vilket också resulterar i att deras roll blir otydlig. Det mönster

som trots detta synliggjordes var att socialarbetare inom den medicinska verksamheten arbetade antingen med "direct treatment", alltså klientarbete i form av behandling, eller "indirect treatment" innebärande arbete med nätverket runtom klienten. Även arbete vilket innebar att planera utskrivning av patient eller att vara med i olika etik-kommittéer var något som socialarbetarna uppgav fanns med som arbetsuppgifter (Davis et. al, 2004; 2005).

Studierna visar inte bara att socialarbetare inom hälso- och sjukvård i Australien får arbeta med flera olika arbetsuppgifter. Det framkommer även att denne själv upplever sig vara missförstådd och mindre benägen att uppnå hög professionell status. Detta jämfört med resterande professioner inom hälso- och sjukvården (Davis et. al, 2005).

Då vårt syfte med denna studie är att undersöka hur andra professioner inom psykiatrin uppfattar socionomyrket som profession är Gunilla Frammes (2014) studie relevant för vår förståelse för ämnet. Studien heter "*Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården?*" och undersöker socionomer som arbetar inom psykiatrin i Väst-Sverige. Den undersöker även vad dessa har för upplevelser om sin profession inom ett multiprofessionellt team. Undersökningen visade att socionomen upplevde att dennes kunskapsområde bedöms som komplicerad och svårdefinierad då det ofta saknades tydliga gränser gällande arbetsuppgifter inom vissa verksamheter. Socionomer inom psykiatrin verkar alltså ha vissa bekymmer att vidmakthålla kontrollen över "sitt" så kallade arbetsfält (Framme, 2014).

Många av socionomerna inom psykiatrin har som regel att vidareutbilda sig, däremot är det mycket varierande mellan deltagarna vilken typ av utbildning detta innebär. Det saknas i många fall en viss typ av behörighetskrav för yrkesutövningen inom verksamheten. Detta har utmynnat i att flera socionomer beskriver sin yrkesroll som mer terapeutiskt och i riktning med andra professioner inom hälso- och sjukvården, istället för att poängtera sin sociala kompetens (Framme, 2014). Den sociala kompetensen ses enligt Framme som unik då de andra professionerna arbetar utifrån en medicinsk diskurs. Studien beskriver socionomers erfarenheter av en otydlig yrkesroll, vilket kan leda till sammanstötningar mellan den egna åsikten inom den sociala diskursen gentemot den dominerande medicinska diskursen (Framme, 2014).

Däremot beskriver socionomerna i studien att psykologernas perspektiv och arbetssätt har vissa likheter med deras eget, men att det också finns väsentliga olikheter. Psykologen i verksamheten har exempelvis benägenhet att se individen skild från den sociala kontexten, samt att psykologen dessutom arbetar med en utmärkande metodik. Studien tar exempelvis upp att trots att det skulle uppkomma att patienten saknar boende eller mat för dagen, så strävar psykologen efter att följa ett visst tema under hela behandlingen. Därmed läggs inte fokus på att lösa den akuta situationen. Detta kan jämföras med socionomens vinkel där denne är mer flexibel och anpassar sig efter situationen, med detta menas att befinna sig på "rätt nivå" vid val av åtgärd. Vidare bedöms socionomen ha ett så kallat "helhetsperspektiv" som anses vara sällsynt gentemot övriga professioner (Framme, 2014).

Socionomerna i studien poängterar att det ständigt finns ett spänningsfält mellan skilda värderingar, perspektiv, logiker och lojalitet i verksamheten. För att socionomerna skall kunna möta rådande prövningar, behövs det att utbildnings- och forskningsinstitutioner engageras i en framtida dialog för att förbättra det professionella arbetet (Framme, 2014).

### **2.3 Sjukhuskuratorernas jurisdiktion i de multiprofessionella teamen**

Manuela Sjöström (2013) har skrivit en avhandling som heter *"Blend in or stand out – hospital social workers jurisdictional work in Sweden and Germany"* där hon studerat sjukhuskuratorers roll i multiprofessionella team. Sjukhuskuratorn är en specialiserad, underordnad grupp gentemot övriga professioner så som exempelvis läkare och sjuksköterskor. Sjukhuskuratorn genomför sina arbetsuppgifter i ett sammanhang där de är både status- och antalsmässigt underordnade av andra yrkesgrupper inom sjukhuskontexten. Det har oroat kuratorgruppen då yrkesgruppen befinner sig i gränsdragningen mellan att vara en profession och ett yrkesområde. Sjukhuskuratorn utgör för det första en professionell undergrupp inom den breda kategorin "socialt arbete". För det andra är sjukhuskurator fortfarande en underordnad grupp gentemot andra yrken som finns på sjukhuset. Sjukhuskuratorn behöver utveckla sitt kunnande att specificera och peka på resultaten av den behandling som de kan erbjuda (Sjöström, 2013).

Sjöström har undersökt vad som skiljer sjukhuskuratorer i Sverige och Tyskland åt. Inom just arbetslag i hälso- och sjukvården kan det förekomma hierarkier samt statusskillnader mellan

olika professioner. Hur det multiprofessionella teamet fungerar kan variera då professionerna kommer från skilda kulturer, värderingar samt kunskapsområden. Det kan även finnas vissa yrkesgrupper som tar mer plats än andra då dessa är en dominerande grupp. Den underordnade gruppen har en tendens att få lösa de praktiska problem som finns i patientens situation (Sjöström, 2013).

Sjöström benämner två strategier för att öka jurisdiktionen (se separat teorikapitel) inom en profession. Sveriges sjukhuskuratorer har en tendens att vilja kamouflera sig i förhållande till övriga professioner i teamet. Detta utförs genom att framhäva vikten av den professionella gruppens närhet till varandra. Denna strategin benämns som den "mimetiska strategin". Som följd av att socionomen tar efter den övriga gruppens synsätt förloras det tidigare sambandet med "socialt arbete". Det kan även sägas att den akademiska utbildningen inom socialt arbete kan kännas som en nackdel för sjukhuskuratorn. Tysklands sjukhuskuratorer vill däremot "skilja sig" från övriga arbetsgruppen genom att bevisa att denne har en annan kunskap som ingen annan kan bidra med. Detta kallas för "aposematisk strategi". Detta medför att den tyska sjukhuskuratorn vill hävda närhet till professionen "socialt arbete". Den akademiska utbildningen inom socialt arbete ses som något positivt hos den tyska sjukhuskuratorn. Sammanfattningsvis kan det sägas att de svenska sjukhuskuratorerna strävar från ursprungsprofessionen medan de tyska strävar efter att behålla den. Därav avhandlingens namn "Blend in, or stand out". Där Sverige tenderar till "blend in" och Tyskland till "stand out" i förhållande till övriga i det multiprofessionella teamet (Sjöström, 2013).

## 3. Teori

I det här kapitlet kommer vi presentera våra teoretiska utgångspunkter och begrepp som har relevans för vår studie. Vi har valt att fokusera på professionsteori med tillhörande begrepp såsom jurisdiktion och diskretion. Detta för att få förståelse för hur professioner etableras och värderas utifrån vissa professionsteoretiska begrepp. Vi kommer även redogöra för rollteori med fokus på yrkesidentitet och hur denna skapas i sammanhanget av det multiprofessionella teamet. Detta eftersom socionomer i de multiprofessionella teamen har en tendens att behöva hävda sin roll och identitet i dessa team. Vi bedömer att dessa teorier och begrepp är relevanta för vår studie och vi kommer sammankoppla dessa med vår insamlade data i avsnittet ”Resultat och analys”.

### 3.1 Professionsteori

Redan under 1800-talet fanns gemensamma intressen hos dåvarande verksamma professioner om att sträva mot målet att monopolisera deras yrkesverksamhet. Genom att med statens hjälp institutionalisera yrket samt få sanktioner från samhället har yrket fått legitimitet och status. Förutom den gemensamma kunskapsbasen har denna process även bidragit till en erhållen identitet samt gemensamma normer för yrkesutövandet. Yrket ges därmed förtroende både hos politiker, samhället och andra yrkesgrupper. Denna process har pågått över tid inom olika professioner, men gemensamt för dem alla är att det är en fråga om identitetsskapande inom yrkesgruppen samt relationen mellan de självständiga grupperna, staten och samhället. I samband med att samhället förändrats innebär det vidare att det skapas nya yrkesgrupper vilket medför att professioner tvingas omstrukturera sin identitet, sin professionalitet samt sina kunskapsområden. Det innebär att alla yrkesgrupper är mer eller mindre i ständig rörelse (Dellgran, 2015:169-170).

Brante (2015:14-15) särskiljer tre olika begrepp kopplat till profession. Det första begreppet ”klassiska professioner” har sitt ursprung från 1800-talet. Dessa professioner har en väl etablerad roll i samhället och exempel på professioner tillhörande denna grupp är läkare, arkitekter, civilingenjörer, forskare och jurister. Gemensamt för dessa professioner och även det som karakteriserar dem är att de traditionellt kräver långa universitetsutbildningar och innehar hög status. Dessa professioner har även belönats i form av hög inkomstgrad, legitimitet

och prestige. Denna grupp har därmed fått stå som mall för hur en profession uppfattas inom forskningen (Brante, 2015:14-15).

Det andra begreppet är ”semiprofessioner”<sup>1</sup>. Denna typ av professioner kan sägas ha etablerats från 1950-talet och framåt, och har skapat en ny generation av professioner. Exempel på dessa professioner är sjuksköterskor, socionomer och lärare. Utbildningen skall bedrivas inom högskolesystemet och skall även ha ett eget vetenskapligt fält. Det som skiljer den ”klassiska professionen” och ”semiprofessionen” åt är att den senare är mer omdiskuterad och inte lika etablerad som de klassiska professionerna (Brante, 2015:14-15).

Den sista av de tre professionsbegreppen är ”preprofessioner”. Detta innebär att det finns en strävan i yrkesgruppen om att få professionell status likt de föregående exemplen. Yrkesgrupper tillhörande ”preprofessionerna” är exempelvis fastighetsmäklare, systemanalytiker, coacher av olika slag, fritidsledare med flera. Det som särskiljer denna grupp är det faktum att det saknas tydlig vetenskaplig grund och ämnena ses ofta som mer öppna än inom de två tidigare professionsgrupperna (Brante, 2015:15).

Gemensamt för samtliga professioner är att det skall finnas en tydlig förankring i vetenskap, det vill säga att yrkesutövaren skall tillämpa vetenskaplig kunskap i sitt arbete. Det kan alltså sägas att de yrken som tillhör gruppen ”preprofessioner” ännu inte nått dit i sin professionalisering. Detta på grund av att det praktiska utövandet inte är vetenskapligt förankrat likt de professioner tillhörande klassiska professioner samt semiprofessioner. I samhället bedöms de yrken vilka kan kallas för professioner inneha den högsta graden av kunskap inom just professionens område. De som arbetar med dessa professioner blir experter varför det även kan anses vara eftersträvsamt att ett yrke genomgår en professionaliseringsprocess (Brante, 2015:13-17).

Brante (2015:234-244) beskriver hur det inom hälso- och sjukvården förekommer flera professioner, både ”klassiska professioner” såsom exempelvis läkare men även ”semiprofessioner” i form av sjuksköterskor och socionomer. När dessa två professionsgrupper verkar i samma organisation kan det ibland uppstå konflikt professionerna emellan. Dessa

---

<sup>1</sup> Brante beskriver alternativa begrepp till ”semiprofession”. Dessa kan vara ”nya professioner” eller ”välfärdsstatens professioner” (Brante 2015:15)

konflikter kan bero på den rådande över- och underordning som kan finnas inom organisationen. Konflikt kan då uppstå när dessa professioner skall samarbeta med varandra och denna hierarkiska ordning blir synlig. Abbott (1988:33) uttrycker att konflikten även beror på att det inom organisationen pågår strider mellan professioner om vem som skall göra vad inom arbetslaget.

### **3.2 Jurisdiktion**

Det finns tre centrala aspekter inom professionsbegreppet; vetenskap, expertis och monopol. Vetenskap och expertis har diskuterats ovan men ytterligare ett centralt kriterium som återkommer inom professionsteorin är frågan om monopol. Monopol innebär i detta fall ensamrätt att utföra yrket, vilket betyder att det även är reglerat i lagrum att endast en viss grupp får utföra vissa arbetsuppgifter. Denna exklusiva rätt kallas jurisdiktion (Abbott, 1988:59; Dellgran, 2015:170). Med denna ensamrätt följer ofta en legitimation eller certifiering som har utförts och garanterats av staten eller en typ av yrkesorganisation. Genom just legitimation fastställs professionens status gentemot andra professioner (Brante, 2015:173).

Jurisdiktion innebär alltså att en grupp har monopol över att utföra en viss arbetsuppgift. Genom att få jurisdiktion får en profession vissa förmåner, varför många professioner eftersträvar jurisdiktion. Dessa förmåner är exempelvis ”absolut monopol av utförandet, men även ”självkontroll och självbestämmanderätt hur arbetet skall genomföras och definieras”. Kort sagt kan det sägas att en del av jurisdiktion innebär auktoritet hos professionen samt en ensamrätt att styra över arbetet (Abbott, 1988:59-60).

### **3.3 Diskretion**

Tillhörande jurisdiktion följer begreppet ”diskretion”. Det handlar om möjligheten att autonomt utföra det aktuella arbetet. Diskretion innebär att den professionelle kan självständigt göra en bedömning om hur arbetet skall genomföras. Detta betyder i sin tur att yrkesutövaren bedöms vara expert i området. Diskretion skulle kunna sägas vara synonymt med begreppet ”handlingsutrymme”. Genom detta förstås att det handlar om att professionen får förtroende att självständigt bedöma lämplig behandling eller tillvägagångssätt i yrket. Den professionelle ges då möjlighet att individanpassa utövandet med stöd av den autonomi som denne arbetar utifrån (Brante, 2014:20; Dellgran, 2015:178-179).

Inte att förglömma är att det självständiga arbetet kantas av rådande lagstiftning men även professionens etiska normer och riktlinjer. Även andra organisatoriska ramar som är formade efter delegationsordningar, befattningsbeskrivningar samt regelstyrda handlings- och bedömningsnormer är något som yrkesutövaren behöver ta hänsyn till. Diskretion innebär alltså att professionen, och inte minst yrkesutövaren, ges förtroende att självständigt förhålla sig till dessa ramar i sitt arbete. Därför är det viktigt att påpeka att personliga värderingar samt tankar om vad som är rätt och fel inte får styra utövandet (Dellgran, 2015:179).

### **3.4 Rollteori**

Rollteori kan sägas befinna sig i gränslandet mellan psykologi och sociologi, och blir därför en del av socialpsykologin. Socialpsykologin har en övergripande idé om människors beteende i grupp samt hur dessa grupper påverkar varandra (Payne, 2008:238). Rollteori har en tydlig förankring till socialt arbete då teorin berör hur individer samspelar med varandra. Teorin berör vidare hur individens tolkningar och förväntningar leder till specifika reaktioner. Vi kan genom att använda oss av rollteorin förstå och förklara sociala företeelser som komplement till psykologin (Payne, 2008:246).

Payne (2008:246) benämner två olika former av rollteori. Den strukturfunktionalistiska rollteorin samt den dramaturgiska rollteorin. Den strukturfunktionalistiska rollteorin säger att individen har olika positioner inom sociala strukturer. Med dessa positioner följer vissa förväntningar på den som innehar just den rollen. Dessa förväntningar har ett samband med de olika samhällspositionerna. Det innebär även att beroende på hur vi tolkar den roll vi har, påverkar det även hur vi kan anpassa oss vid förändring av dessa förväntningarna som finns på rollen (Payne, 2008:246-247).

Den dramaturgiska rollteorin handlar om hur de roller vi får är en avbild av samhällets förväntningar på just den rollen. Detta hör samman med social status då den rollen du får också innehar en viss grad av status i samhället. I det sociala samspelet uppfattar individen vilka förväntningar andra människor har på sig själv, vilket också påverkar vilken roll individen får i olika sociala samspel. Genom vårt uppträdande i sociala sammanhang kan vi styra vilken roll vi vill ha, därför kan individen både förstärka och dölja vissa sidor av sig själv inför gruppen (Payne, 2008:247).



Rollteori kan avslutningsvis sägas beröra frågor om hur en individ får eller ges olika roller inom socialt organiserade sammanhang. Den strukturfunktionalistiska rollteorin beskriver hur den roll som individen har kan omstruktureras beroende på de andras förväntningar. I den dramaturgiska rollteorin sägs rollen kunna anpassas utefter individens egna önskemål genom hur denne framställer sig själv inför andra i dessa sociala sammanhang. Det blir alltså tydligt att roller inte är konstanta utan kan förändras beroende på individen men även beroende på det sammanhang denne befinner sig i (Payne, 2008:246-247).

## 4. Metod

I detta kapitel skall vi presentera vår metod, alltså hur vi har gått tillväga vid insamling av data (David & Sutton, 2016:471). Vi kommer att redogöra för vårt val av metod, urvalsprocessen samt genomförandet av intervjuer. Vi kommer även redogöra för vår bearbetning av materialet, analys av empirin, studiens tillförlitlighet samt etiska överväganden.

### 4.1 Val av metod - fördelar och begränsningar

Vi har valt att utgå från en kvalitativ ansats med en induktiv inriktning. Detta innebär att vi i efterhand kommer hitta teorier som vi anser är lämpliga att använda för att analysera vår insamlade data (David & Sutton, 2016:83). Vi har använt oss av intervjuer som metod för att samla in vår empiri. Med den induktiva inriktningen på vår studie vill vi inledningsvis undersöka ett visst ämne utan att nödvändigtvis ha en hypotes om vad som skall framkomma under intervjuprocessen. Däremot är det av vikt att ha ett förutbestämt tema för vad intervjun skall innehålla (David & Sutton, 2016:114). Därför har vi valt den form av intervjuer som tillåter just detta, alltså semistrukturerade intervjuer enligt definition av Bryman (2011:415). Kvale & Brinkmann (2014:19) kallar däremot denna metod för halvstrukturerad intervju, vilket visar på skillnad av benämningen av denna intervjumetod. Vi har valt denna intervjumetod för att få så öppna svar som möjligt till det ämne vi vill undersöka, vilket också ger oss möjligheten att få variation mellan respondenternas svar.

Till den semistrukturerade intervjun hör det till att upprätta en intervjuguide. Intervjuguiden innehåller redan författade frågor som vi vill få svar på under intervjuns gång. Det som blir typiskt för denna intervjumetod är att vi har möjlighet att ställa våra frågor i olika ordning än den som finns i vår intervjuguide. Inom ramen för den semistrukturerade intervjun kan vi också ställa följdfrågor som inte kunde förutses annat än under intervjuns gång (Bryman, 2011: 414-415).

Varför vi valt att använda oss av denna typ av intervju är då den på ett fördelaktigt sätt möjliggör vår ambition att söka varierande och mer djupgående svar hos respondenterna. Vi har som målsättning att få tillgång till respondenternas egna upplevelser och tankar om det vi frågar efter. Vi har inte som mål att generalisera vårt resultat, därför är detta en passande metod

för vår studie (Kvale & Brinkmann, 2014: 19). Om vi istället valt att ha en kvantitativ ansats i vår studie hade vi, utifrån den kvantitativa metodens mål att generalisera och standardisera respondenternas svar, inte fått möjligheten att erhålla denna mer djupgående förståelse för andra professioners uppfattningar om socionomyrket som profession (Bryman, 2011: 167-169).

De begränsningar som synliggjorts handlar både om den kvalitativa metoden som helhet men även om intervju som metod för datainsamling. Den kvalitativa metoden kännetecknas av den avsevärt mycket mindre urvalsgruppen än den inom kvantitativ metod. Den kvantitativa metoden möjliggör en större empiri med de datainsamlingsmetoder som följer den kvantitativa ansatsen, exempelvis enkät. Detta kommer vi redogöra för mer utförligt under avsnittet ”Urvalprocess”.

En annan begränsning som vi som intervjuare måste ta hänsyn till vid denna typ av insamlingsmetod är det skeva maktförhållande som blir ofrånkomligt vid en intervju. Vi som intervjuare har bestämmanderätt gällande vart samtalet styrs samt vad innehållet skall vara. Det ojämna maktförhållandet bör alltid beaktas i en intervjusituation och bör så långt det går minimeras, detta med hänsyn till respondenten (Kvale & Brinkmann, 2014:19).

Vidare är intervjun som metod tidskrävande, både vad gäller själva genomförandet av intervjuerna men även bearbetningen och analysen av det insamlade materialet. Hade vi valt en mindre tidskrävande metod hade vi kunnat utöka vår grupp med respondenter och på så sätt fått tillgång till fler erfarenheter om ämnet (Bryman, 2011: 412–413).

## **4.2 Urvalsprocess**

För att få tillgång till de intervjudeltagare som behövdes använde vi oss av så kallat målstyrt urval (Bryman, 2011:434). Denna typ av urval innebär att vi har försökt hitta respondenter som har kunskap om våra forskningsfrågor. Det målstyrda urvalet ger oss större chans att få svar på våra forskningsfrågor utifrån att vi strategiskt väljer respondenter som vi tror kan hjälpa oss att besvara vårt syfte med studien. Vi efterfrågade därför specifika professioner och vände oss till personer som arbetade inom just dessa områden.

Vi har valt att fokusera på psykiatrimottagningar i Väst-Sverige då dessa var mest tillgängliga för oss, samt om vi hade inkluderat somatisk vård hade detta blivit för omfattande för tidsramen av vår studie. Vi behövde göra en avgränsning gällande vilka verksamheter vi riktade oss till samt vilken geografisk spridning vi skulle ha. För att få tag i våra respondenter har vi haft mailkontakt med bekanta vilka arbetar inom psykiatrin. Dessa har hjälpt oss att nå ut till relevanta yrkesverksamma personer som vi önskat få tag i utifrån vårt syfte med studien. Detta resulterade i att de personer som var intresserade av att delta i vår studie hörde av sig till oss och vi kunde då bistå med mer information om vad det innebar att delta. Vi utformade ett informationsbrev (Bilaga 2) som skickades till dem som visat intresse med information om studiens syfte samt våra etiska överväganden.

För att få svar på våra frågor har vi använt oss av representanter från olika professioner så som psykolog, läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, dietist samt en chef med socionomexamen. Vi har valt att intervjua denna grupp för att dessa professioner ofta ingår i ett multiprofessionellt team inom hälso- och sjukvården. Professionerna har varierande inriktningar och samtliga fyller olika funktioner inom verksamheten. Vi har valt att ta med professioner som både har och inte har legitimation för att få ett så brett urval som möjligt. Anledningen till att vi har tagit med en respondent med socionomexamen är då detta var den enda enhetschefen som svarade på inbjudan till att medverka i vår studie. Vi bedömde det av vikt att ha med någon sorts chef för att kunna tillgodogöra oss detta arbetsledande perspektiv. Det är även denna position som styr över arbetsfördelningen varför det blev än viktigare för oss att få en sådan representant i vår studie. Vi är medvetna om att dennes bakgrund som socionom med stor sannolikhet kan komma att ha påverkat de svar gällande socionomens status och legitimitet inom hälso- och sjukvårdskontexten. Däremot ser vi att dennes svar kan bidra med ett ökat djup angående hur professionen uppfattas inom verksamheten.

Gällande antalet respondenter har vi utifrån studiens omfattning genomfört åtta intervjuer. Vi har inte gjort något medvetet val gällande ålder hos våra respondenter. Vi tror att det istället är intressant att fråga våra respondenter om erfarenhet och tid i verksamheten. Däremot kan det sägas att åldersspannet som vi fick låg mellan 30 och 53 år, samt att tid i verksamheten varierade mellan två månader till 14 år. Gällande kön har vi försökt få ett varierat urval och har både män och kvinnor bland våra respondenter. Däremot har vi valt att inte göra någon jämförelse inom dessa kategorier. Detta dels på grund av att vi inte har ett tillräckligt stort

urval, men även då vår studie inte syftar till att synliggöra likheter och skillnader baserat på genus eller ålder. I vår studie har vi därmed enbart tagit hänsyn till kategorin ”profession” i vår analys.

Utifrån den kvalitativa ansatsen och vårt syfte att på ett mer djupgående sätt undersöka de olika respondenternas upplevelser av socionomens yrkesroll och dess legitimitet har vi fått välja ett mindre urval för att få en hanterbar mängd information (Kvale & Brinkmann, 2014:156). Vi kan inte ha ett lika stort urval som om vi gjorde exempelvis enkäter då det materialet skulle bli alltför tidskrävande att bearbeta.

### **4.3 Genomförande av intervju**

Till vår studie valde vi som tidigare nämnt att utföra semistrukturerade intervjuer enligt definition av Bryman (2011:415). Semistrukturerade intervjuer betyder att vi i förväg har haft en idé om vilka ämnen och teman som vi ville beröra under intervjuens gång och att dessa knyter an till studiens syfte och frågeställningar. Vi utformade en intervjuguide (Bilaga 4) för att använda som stöd under intervjuerna. Vi har genomfört totalt åtta stycken intervjuer, varav dessa en telefonintervju. Intervjuerna varade mellan 37 minuter till 65 minuter.

Vi valde att följa formen för direkta en-till-en-intervjuer med en person i taget istället för gruppintervjuer där en grupp människor diskuterar ett ämne. Detta valde vi dels då vi inte var ute efter en gruppdiskussion eller det som en gruppintervju med sin gruppdynamik kan bidra med (David & Sutton, 2016:123). Vi antog även att eventuella hierarkier skulle bli allt mer märkbara i en gruppintervju och skulle sedan kunna påverka resultatet på ett ofördelaktigt sätt. Kanske skulle frågor rörande status och arbetsfördelning skapa konflikt i gruppen och därmed påverka deltagarna negativt.

Vår intervjuguide utformades på ett sätt som skulle skapa goda förutsättningar för ett bra flöde i samtalet. Därför inledde vi intervjuerna med att ställa ”uppvärmningsfrågor” (David & Sutton, 2016:115) för att skapa en trygghet mellan respondenten och oss själva. Exempel på dessa är frågor gällande ålder, utbildning, år i verksamheten samt vilken befattning personen i fråga har. Därefter kom vi in på så kallade ”kärnfrågor” (ibid.). Dessa handlar om studiens mest väsentliga teman. Exempel på dessa är i vårt fall frågor som berör respondentens uppfattning

om multiprofessionella team, förväntningar på socionomer inom verksamheten samt uppfattning om socionomernas professionella status och legitimitet. För att få ytterligare information om en kärnfråga har vi även författat tänkbara följdfrågor i vår intervjuguide. Exempel på dessa är frågor om vilka professioner som finns i verksamheten, hur fördelas arbetet, vad är en typisk socionomuppgift och så vidare.

När intervjun var genomförd ville vi ”knyta ihop säcken” genom att ge respondenten möjlighet till dels självreflektion, men även komplettera med information som vi inte efterfrågat. Respondenten fick även möjlighet att tänka över sina svar och korrigera dessa vid behov. Detta gjorde vi då vi av egen erfarenhet vet att det kan finnas en vilja att justera sina svar efter en stunds fundering. Under den avslutande delen av intervjun märkte vi att i vissa fall fördjupades några svar då respondenten fick chans att tala mer fritt om ämnet. Vi fick en positiv upplevelse av detta då det kom fram information som vi annars hade gått miste om. Vi frågade även respondenterna om vi vid behov fick höra av oss med kompletterande frågor via mail för att säkerställa att all information som behövts kommit med.

Vi valde som tidigare nämnt att genomföra semistrukturerade intervjuer, detta för att ha möjligheten att gå ifrån vår intervjuguide och ställa följdfrågor som kommer upp under intervjuns gång. Detta upplevde vi som väl fungerande och vi fick möjlighet att fördjupa de svar som gavs med vidare frågor om ämnet. Hade vi däremot haft ett mer strukturerat tillvägagångssätt hade vi troligtvis förlorat just den möjligheten. Det hade med största sannolikhet blivit mer standardiserade svar som hade gått att jämföra med varandra, samt att det hade blivit enklare att transkribera denna typ av intervjuer. Däremot ser vi en stor vinst i att kunna, med hjälp av följdfrågor, vidareutveckla vissa svar för att få ett mer djupt material.

Vi spelade in intervjuerna med våra mobiltelefoner, detta för att inte förlora viktig information samt att kunna presentera sanningsenliga citat i vår studie. För att säkerställa att vi inte förlorat inspelat material, valde vi att spela in på två enheter. Fördelen med att använda sig av inspelningsinstrument under intervjun är att den som ansvarar för intervjun ges möjlighet att fokusera på det som respondenten berättar. Det ges även möjlighet att aktivt ställa följdfrågor som inte finns med i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2014:218-219).

Vi delade upp ansvarsområde under intervjun, där en av oss ansvarade för själva intervjuandet medan den andre antecknade under tidens gång och hade en mer lyssnande roll. Vi gjorde på detta sätt för att båda skulle få en tydlig roll i intervjusituationen samt ges möjligheten att studera miljön i rummet tillsammans med intervjudeltagarens kroppsspråk. Detta blir även fördelaktigt för respondenten då risken att vi som intervjuare talar i mun på varandra minskar avsevärt om enbart en ansvarar för att hålla i intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014:171-172). De olika rollerna växlade vi mellan oss så att vi genomförde fyra intervjuer vardera.

Vi erbjöd att utföra majoriteten av intervjuerna på respondenternas arbetsplats. Detta för att minska tidsåtgången för respondenten då de inte behöver förlora arbetstid genom att transportera sig till en annan plats. Vi hade också en förhoppning om att respondenten skulle vara mer bekväm och trygg då vi befann oss i ”en naturalistisk miljö”, det vill säga i ett hem eller på en arbetsplats (David & Sutton, 2016:118). En nackdel att befinna sig på deras arbetsplats, som vi fick ta del av, är att personen i fråga kan bli störd av kollegor. Det är inte nödvändigtvis så att alla på arbetsplatsen har kännedom om den rådande intervjun vilket i vårt fall medförde att en kollega knackade på, blev insläppt och respondenten avbröts mitt i en mening. Under intervjuns gång märkte vi inte av att denne påverkades. Däremot visade det sig under transkriberingen att respondenten tappade tråden och började tala om något annat, dock även detta relevant för vår studie.

Vi genomförde utöver de sju direkta en-till-en-intervjuer även en telefonintervju, detta då respondenten inte hade möjlighet att träffa oss personligen. Vi hade från början inte planerat att genomföra någon telefonintervju, men utifrån dennes kompetens ville vi inte gå miste om möjligheten att intervju just den respondenten. Utöver denna intervjun hade vi även ålagt tid för ytterligare en telefonintervju. Denna ställdes däremot in på grund av respondentens sjukdom. Vi hade ingen möjlighet att genomföra intervjun vid ett annat tillfälle på grund av tidsaspekten för denna studie. Vi är medvetna om att den intervjun skulle medföra en än mer djup förståelse för det vår studie vill undersöka, däremot bedömde vi trots detta att vi med hjälp de övriga respondenterna skulle få ett tillfredsställande material.

De nackdelar som presenteras i samband med telefonintervju är möjligheten att när som helst avsluta samtalet. Detta kan medföra en osäkerhet för oss som intervjuare (Bryman, 2011:433). Detta kan självklart även göras under en direkt intervju, vi tror däremot att det är svårare att

avbryta samtalet när intervjun sker ansikte mot ansikte. Däremot märkte vi inte av risken att samtalet skulle avbrytas under vår intervju. Vidare beskrivs att skillnaderna mellan telefonintervju och direkta intervjuer inte är speciellt stora (Bryman, 2011:433). Däremot märkte vi av under vår intervju att vissa ljudsekvenser försvann på grund av dålig mottagning hos respondenten. Denne satt på en buss och kunde därför inte styra över samtalets kvalitet. Detta blev såklart något som drabbade utfallet då viss information förlorades.

Vidare kan det sägas att möjligheten att registrera och anteckna respondentens kroppsspråk försvinner i en telefonintervju då vi inte kan se personen i fråga. Vi kan därför inte avgöra personens reaktioner på våra frågor och inte heller bedöma stämningen i rummet på samma sätt som i en direkt en-till-en-intervju. Vi kan inte heller bedöma eventuell förvirring gällande hur vi ställer våra frågor eller dylikt (Bryman, 2011:433; Kvale & Brinkmann, 2014:171).

Det finns även vissa fördelar med att genomföra en intervju över telefon. Bryman (2011:432) redogör för hur det kan sägas vara liten eller ingen skillnad på svaren i en telefon- respektive direkt intervju. Detta har vi heller inte märkt av under våra transkriberingar utan bedömer att vår telefonintervju ger samma svars kvalitet som övriga intervjuer. Vidare beskriver Bryman (ibid.) hur det kan vara enklare att ställa, men även svara på, frågor av känslig art i en telefonintervju. Detta då det inte blir lika intimt med en telefonintervju som en direkt intervju. För oss blev detta viktigt att tänka på när frågor gällande status och legitimitet ställdes under intervjun gång.

Vår övergripande upplevelse av våra intervjuer var att vi lyckades göra respondenterna bekväma i situationen samt att vi fått fram berikade svar. Trots vissa frågor av känslig art upplevde vi inte i alltför stor utsträckning att deltagarna var obekväma. Däremot upplevde vi viss försiktighet i hur de besvarade vissa frågor gällande socionomens status och legitimitet, möjligen på grund av att vi som intervjuare är socionomstudenter. För att väga upp detta försökte vi visa stor lyhördhet och respekt för det som respondenten sade under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014:170).

#### **4.4 Bearbetning och analys av empirin**

För att kunna genomföra vår analys behövde vi göra en detaljerad utskrift av det aktuella samtalet (Bryman, 2011:469). För att kunna på ett mer hanterbart sätt genomföra vår



transkribering valde vi att uppföra en tabell, där intervjuarens frågor stod i vänstra kolumnen och respondentens svar i den högra (Jacobsen, 2012:145). Detta gjorde att det blev enkelt för oss att följa samtalet under analysprocessen. Vi valde att skriva ut intervjuerna ordagrant, med undantag från när uttryck såsom ”mmh” och ”ah” sades i syfte att bekräfta respondenten och uppmuntra denne till att berätta mer. Vi gjorde alltså en bedömning att uttrycken inte tillförde något till samtalet utan enbart sågs som utfyllnadsord.

Vi har valt att använda oss av en innehållsanalys som analysmetod av vårt empiriska material. Innehållsanalys används som ett verktyg för att analysera olika tryckta dokument och innebär att vi vill hitta teman i vårt empiriska material med hjälp av kodning (Bryman, 2011:281). Genom att koda våra transkriberade intervjuer kunde vi hitta liknande kategorier och teman inom och mellan intervjuerna (Bryman, 2011:291). De teman vi använde oss av i vår analys var ”upplevelser av socionomen”, ”arbetsuppgifter för socionomen”, ”status och legitimitet”, ”tolkningsföreträdare”, ”legitimation” samt ”multiprofessionellt team”. Vi färgkodade olika citat och begrepp för att tydligt kunna urskilja vad som hörde till vilket tema. Kvale & Brinkmann (2014:242) nämner detta som en fördel för att kunna få en överblick över ett i många fall omfattande material. Vi kunde genom att göra på detta sätt få en översikt över de teman som intervjuerna berört mest. De teman som var mest omnämnda i intervjuerna var även de teman som berörde våra forskningsfrågor.

När vi sedan kodat samtliga transkriberingar sammanställde vi olika citat och begrepp under vardera tema i ett nytt dokument. Genom att sammanställa de olika respondenternas svar i ett dokument som berörde ett visst tema kunde vi även se att det fanns både likheter och skillnader mellan deras svar. Vi kunde även hitta relevanta citat till vår analys som handlade om det aktuella ämnet som diskuteras.

Innehållsanalys innebär ett tolkande av det utskrivna materialet och vi är medvetna om att redan innan vi påbörjade vår analys hade olika tolkningar gjorts (Bryman, 2011:290). Detta då vi redan i transkriberingsstadiet tolkar det som sägs och vi är införstådda med att vi hade kunnat få annorlunda intervjuer om vi hade skiftat intervjuansvar eller dylikt, då detta resultat påverkas av de som medverkar under intervjun (David & Sutton, 2016:262).

I vår studie övervägde vi om vi skulle använt oss av en alternativ analysmetod till just innehållsanalysen. Hade vi exempelvis valt att använda oss av grundad teori som är den mest vanliga analysmetoden av kvalitativa data hade vi haft möjlighet att på ett mer djupgående sätt finna teman i vårt material. Då vi hade gått in i vår analys med ett öppet, förbehållslöst synsätt hade vi kunnat se andra fenomen än de redan förbestämda teman vi nu använt oss av. Däremot är grundad teori tidskrävande och utifrån vår tidsram för denna studie valde vi istället innehållsanalysen (Bryman, 2011:513, 522). Vi var sedan tidigare bekanta med denna analys och visste därav hur vi kunde bearbeta vårt material med hjälp av just denna analysmetod.

#### **4.5 Studiens tillförlitlighet**

Bryman (2011:354) använder sig av paraply-begreppet ”tillförlitlighet” när forskaren skall bedöma studiens kvalitet. Tillförlitlighet delas in i fyra underkategorier. Dessa är ”trovärdighet”, ”överförbarhet”, ”pålitlighet” samt en ”möjlighet att styrka och konfirmera”. Vi kommer i vår redogörelse för denna studies tillförlitlighet förhålla oss till dessa samt begreppet ”äkthet”.

##### *Trovärdighet*

Trovärdighet innebär att forskaren skall förhålla sig till olika regler gällande att bedriva forskning, samt att på ett riktigt sätt återge det respondenterna faktiskt uttryckt vid intervjutillfället (Bryman, 2011:354). Utifrån att vi har valt att använda oss av inspelningsinstrument vid våra intervjuer har vi ökat våra möjligheter att återge olika utsagor på ett trovärdigt sätt. Detta genom att vi i vår transkribering valt att ordagrant skriva ut exakta och fullständiga berättelser som respondenterna säger under intervjun, med undantag av utfyllnadsord.

##### *Överförbarhet*

För att säkerställa överförbarhet skall resultaten av en studie kunna överföras till en annan miljö och tidpunkt, men med samma population. Populationen innefattar alltså alla i den grupp som forskaren syftar att forska om (Bryman, 2011:355; David & Sutton, 2016:33). I vår studie har vi tydliggjort vilka egenskaper våra respondenter har, alltså alla skall ingå i ett multiprofessionellt team inom psykiatri där minst en socionom ingår. För eventuell vidare

forskning i området finns information om förutsättningarna för vår studie, samt vilka egenskaper våra respondenter har vilket ökar möjligheten till överförbarhet.

### *Pålitlighet*

Genom att ha ett granskande perspektiv kan forskaren uppnå pålitlighet. Forskaren skall utförligt redogöra för sin metod genom att berätta om sina tillvägagångssätt gällande insamlingsmetod, analysmetod, bearbetning av data samt de etiska överväganden som gjorts. Genom att göra på detta sätt får andra insyn i hur forskningen bedrivits vilket leder till ökad pålitlighet (Bryman, 2011:355). Vi har utförligt redovisat för vår metod och tillvägagångssätt i detta separata metodkapitel. Detta ger våra läsare möjlighet att förstå hur vi gått tillväga samt ger ökad förståelse för varför vi valt att göra på vissa sätt.

### *Möjlighet att styrka och konfirmera*

Denna del handlar om att i så stor mån som möjligt sträva efter objektivitet, även om det kan sägas vara omöjligt att uppnå absolut objektivitet. Forskaren skall åsidosätta sina egna värderingar och erfarenheter för att undvika att materialet påverkas av forskaren själv (Bryman, 2011:355). Vi har strävat efter att i intervjuguiden inte utforma frågor av ledande karaktär då vi som forskare inte vill färga frågorna eller på grund av våra egna intressen leda respondenten i en viss riktning. Vi har även försökt vara neutrala och inte ha förbestämda tankar om vad som skulle framkomma i intervjuerna. Vidare har vi valt att inte intervjua personer i vår närhet som arbetar inom psykiatrin. Detta då vi tror att den redan etablerade relationen skulle kunna påverka resultatet av intervjun och därmed minska vår möjlighet att uppnå detta krav.

### *Äkthet*

Frågan om äkthet handlar om hur en studie uppfyller autenticitet. Det innebär exempelvis att deltagarna skall få en ökad förståelse för det studien syftar till att undersöka, men även att forskaren skall återge en rättvis bild av studieobjektet. Forskaren skall även bidra till att deltagarna får en klarare bild av hur andra inom samma grupp upplever samma situation (Bryman, 2011:356-357). Som forskare har vi försökt återge en rättvis bild av studieobjektet genom att i vår bearbetning av materialet skriva ut ordagrant det som sades. Vi har sedan kunnat återge sanningsenliga citat i vårt resultat. Då vi erbjuder våra deltagare att ta del av det

slutgiltiga resultatet kan vi öka vår studies möjlighet till att uppfylla äkthet genom att deltagarna får ta del av vad andra upplever.

#### **4.6 Forskningsetiska överväganden**

Enligt Kalman & Lövgren (2012:13) behöver vi som forskare ta hänsyn till flera faktorer i vår studie för att på ett riktigt sätt värna om forskardeltagarnas integritet, självbestämmande samt människovärde. För att uppnå detta har vi valt att se till Vetenskapsrådet forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002:6).

Det första av de fyra huvudkraven är ”Informationskravet”. Informationskravet innebär att forskaren skall ge relevant information till eventuella deltagare om hur studien kommer genomföras. Det är viktigt att deltagaren får information om att studien är frivillig samt att möjligheten att avbryta sin medverkan finns (Vetenskapsrådet, 2002:7). Vi har uppfyllt detta krav då vi i vårt informationsbrev (Bilaga 2) har tydliggjort studiens frivillighet samt vad ett deltagande skulle innebära för den enskilde.

Nästa huvudkrav som är grundläggande för etisk forskning är ”Samtyckeskravet”. Detta krav innebär att deltagaren skall ge sitt samtycke till att vara med i studien. I vår studie uppfyller vi kravet för samtycke i och med att vi ber intervjudeltagaren signera samtyckesblanketten (Bilaga 3) vid intervjutillfället. Då vår studie innebär ett aktivt deltagande i form av intervjuer måste samtycke inhämtas för att vi som forskare skall kunna säkerställa en etisk forskning (Vetenskapsrådet, 2002:9). Hade vi inte bett våra deltagare skriva under en samtyckesblankett hade vi inte heller kunnat säkerställa att de samtycker till medverkan. Detta då de möjligen hunnit ändra sin inställning sedan informationsbrevet lämnats ut.

”Konfidentialitetskravet” betyder att intervjudeltagarens personuppgifter och utsagor avidentifieras så att ingen utomstående kan förstå vem denne är. Genom att ta hänsyn till detta har vi valt att fingera namnen på intervjudeltagarna. Detta innebär att istället för att skriva ut respondenternas verkliga namn har vi istället valt att namnge deltagarna med professionstillhörighet exempelvis ”dietist” samt i vissa fall en tilläggsiffra såsom ”psykolog 1”. Detta för att avidentifiera dem. I ett citat har vi valt att helt avidentifiera deltagaren. Detta då vi bedömer att citatet är av känslig karaktär. Vi har också valt att inte skriva ut ålder eller kön, detta för att ytterligare skydda respondenternas identitet. Vi valde även i vår

samtyckesblankett (Bilaga 3) att informera om att vi inte kan säkerställa total anonymitet. Detta då vi inte kan råda över om deltagarna väljer att berätta om sitt medverkande för kollegor på arbetsplatsen.

Det sista huvudkravet är "Nyttjandekravet". Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade i forskningssyfte inte får användas i annat syfte än till forskningen. Vi får alltså inte använda den information som framkommer under vår studie annat än till vårt resultat (Vetenskapsrådet, 2002:14). Vi har informerat våra deltagare om hur vi kommer använda vårt material i det informationsbrev som skickades ut i anslutning till bokning av intervjuer (Bilaga 2). Efter avslutad studie kommer vi förstöra allt material som kan härledas till våra deltagare för att fortsatt skydda deras identitet.

Vi har haft eventuella konsekvenser för respondenten i åtanke under hela vår studie. Vi är medvetna om att intervjudeltagarna kan påverkas på olika sätt genom att delta. Då deltagandet är tidskrävande och deltagarna behöver avsätta delar av sin arbetstid, har vi erbjudit oss att hålla intervjun på deltagarens arbetsplats. Detta för att undvika att extra tid används på att transportera sig till en annan plats. Vi måste även ta hänsyn till att deltagarna står inför att bemöta eventuella värderingar som de behöver beskriva under intervjun. Utifrån den öppna intervjuformen har vi ingen möjlighet att på förhand avgöra vart intervjun kommer att leda. Detta kan innebära att intervjudeltagarna kan känna en osäkerhet inför att delta (Kvale & Brinkmann, 2014: 99-101).

Som tidigare nämnt gällande det ojämna maktförhållandet som råder under en intervjusituation måste vi som forskare även ha vetskap om den eventuella beroendeställning som kan förekomma i en sådan situation. I vissa fall kan respondenten ge samtycke till att delta då denne eventuellt skulle drabbas negativt av att tacka nej. Det skulle alltså kunna handla om att respondenten "belönas" av ett deltagande medan den som inte deltar blir negativt påverkad (Nygren, 2012: 34–35). Vi är medvetna om detta vid genomförandet av våra intervjuer. Vi upplevde däremot inte att detta maktförhållande synliggjordes under våra intervjuer. Vi bedömer att våra deltagare, genom sitt samtycke, hade bestämmanderätt över sin egen medverkan.

Utöver detta har vi som tidigare nämnt avstått från att intervjua personer i vår närhet som arbetar inom de aktuella verksamheterna. Det har vi gjort på grund av att vi tror att dessa intervjuer skulle påverkas än mer negativt av det redan etablerade relationen mellan respondent och forskare (Kvale & Brinkmann, 2014: 111–112).

## 5. Resultat och analys

I detta avsnitt kommer vi presentera och analysera vår insamlade empiri utifrån vårt syfte och våra frågeställningar. De övergripande teman som vi kommer att beröra är: ”upplevelser av socionomen”, ”arbetsuppgifter”, ”multiprofessionellt team”, ”status och legitimitet”, ”tolkningsföreträde” samt ”legitimation”. Vissa av dessa teman tangerar varandra vilket innebär att vi har kombinerat flera teman i samma rubrik. I vårt resultat och analys kommer vi att benämna våra intervjudeltagare med deras professionstillhörighet som exempelvis ”läkare” eller ”arbetsterapeut”. I vissa fall kommer vi lägga till en siffra, exempelvis ”psykolog 1”. För att skydda våra respondenter kommer vi i ett citat av mer känslig art välja att inte benämna vilken profession den som uttalat sig tillhör. Detta för att inte läsaren skall kunna identifiera vem som sagt vad gällande detta citat.

### 5.1 Socionomens roll i verksamheten - arbetsuppgifter och upplevelser

I våra intervjuer ville vi få en vidare uppfattning om deltagarnas tankar om hur det är att vara del av ett arbetsteam där en socionom ingår. Återkommande i våra intervjuer ser vi att deltagarna beskriver en förändring om hur de upplever socionomer i multiprofessionella team. Det blir tydligt att det finns en väldigt varierad uppfattning av socionomer samt deras roll i verksamheten. Vid frågan om vad deltagarna tänker på när de hör begreppet socionom/kurator svarar dem;

*”Ja, första tänker... jag tänker många saker. [...] Men jag har blivit mycket mer positivt lagd.”*

*- Psykolog 1*

*”Då tänker jag en person som har väldigt god kunskap kring omvärlden, alltså det juridiska, det sociala... Barnperspektiv, familjeperspektiv, anhörigperspektiv... [...] Men att den har koll på mycket saker och sånt. Så tänker jag kring en socionom. Där jag ändå som arbetsterapeut, tycker att socionom är lite lika. Där de kan tänga lite, komma ut i någon form av aktivitet – är det du, eller är det jag som skall göra det liksom. Det är inte självklart där riktigt.”*

*- Arbetsterapeut*

*”Jag tänker också på en person som har god kunskap kring olika samhällsliga institutioner och vad som juridiska, ekonomiska aspekter. Det kanske blir tydligast eftersom jag inte är så bra på det. Jag tänker också på om vi tänker mer på den här*

*psykologiska inriktningen som har mer inriktning mot det systemiska, systemorienterade.”*

*- Psykolog 2*

Dessa citat visar att socionomer fyller flera funktioner i ett multiprofessionellt team inom psykiatrin. Socionomer upplevs ha en god kunskap om det samhälle som de verkar i. Detta i enlighet med det som Gåfvels (2014:58-61) skriver om hur socionomer behöver ha god kännedom om aktuella lagrum för att kunna göra ett gott arbete. Även Herod & Lymbery (2002) skriver om hur socionomerna upplevs ha en speciell kunskap om samhället, precis som våra deltagare berättar. Samtidigt tolkar vi att våra deltagare upplever socionomernas roll som “luddig” då dessa ofta har otydliga riktlinjer samt olika arbetsuppgifter beroende på vem av deltagarna vi frågar.

*”[...] du hör ju när du frågar vad en socionom gör, så kan jag inte svara. Det är ju knäppt.”*

*- Psykolog 3*

Vi kan även se att socionomernas kollegor faktiskt inte riktigt vet vad socionomernas arbetsuppgifter är, vilket blir problematiskt både för socionomerna men även deras kollegor.

*”[...] det finns en otydlighet i uppdraget, vilket gör att det finns en frustration hos oss andra när det gäller det här att veta vad som är okej att be socionomen om hjälp för. Hos vissa är en sak helt ok men hos andra blir man mer irriterad över det. Skiljelinjen är väl det här med nätverksarbete och lite “fixar-rollen”. Socionomen som har ett mer utpräglat behandlingsintresse vill inte alltid ta den rollen och det tror jag skapar problem.”*

*- Psykolog 2*

Brante (2015:14-15) skriver om hur socionom kan sägas vara en semiprofession. Detta innebär att yrket saknar en väletablerad plats i samhället och inom olika organisationer, därmed kan detta kopplas till psykiatrin och de verksamheter vi varit på. Vi ser att det finns olika uppfattningar om vad socionomer faktiskt kan, vilket också Brante (2015:15) beskriver som typiskt för en semiprofession. Vi kan se att det finns en generell uppfattning om att socionomer har en vid kunskapsbas om exempelvis juridik, ekonomi samt en tydlig systemteoretisk grund. Samtidigt upplever vi att deltagarna känner sig förvirrade gällande vilka frågor som kan ställas till socionomerna men också vilka arbetsuppgifter som socionomerna faktiskt har. Denna otydlighet innebär en negativ konsekvens för socionomerna själva men även för hela



arbetslaget. Detta kan medföra frustrationer. Isaksson (2014) skriver om liknande spänningar och frustrationer inom arbetslaget på en skola, där kuratorn och övrig personal har olika uppfattningar om vem som skall utföra vissa arbetsuppgifter. Detta visar i sin tur att detta inte är specifikt för just de verksamheter vi besökt utan möjligen något som är gemensamt i många multiprofessionella team.

Vidare tankar om vad socionomerna skall fylla för funktion inom arbetslaget är uppfattningar som samtliga deltagare uttryckt. Dessa tankar handlar om att socionomerna skall vara den del i arbetslaget som skall fungera som en länk mellan andra myndigheter såsom exempelvis socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedlingen. Denna länk skall finnas både för patient men även för övrig personal i verksamheten. Denna länkande funktion beskrivs även av Herod & Lymbery (2002). Socionomerna upplevs inneha ett så kallat helhetsperspektiv och en förmåga att se till alla delar kring en patients nätverk, som en "länk" mellan de olika delarna.

*"Det är just det, jag ser kuratorn som länken mellan individen och nätverket. En länk till det professionella nätverket men det kan också vara det sociala nätverket."*  
- Chef

*"Våra socionomer är ju experter på det psykosociala, kan man ju säga då. Och de har väldigt mycket koll på det här med anhöriga, anhörigstöd, barn, alltså .. föräldrar som har psykisk ohälsa och sånt där. [...] Har en övergripande koll över nätverket och psykosociala kring patienten. [...] Socionomen har helhetssynen på individen och sammanhanget som individen befinner sig i."*

- Sjuksköterska

Att socionomerna besitter ett "helhetsperspektiv" omnämns även i Frammes artikel (2014). Där beskrivs hur socionomen har ett sällsynt perspektiv jämfört med resterande professioner inom teamet. Socionomens uppgift att se till hela patientens nätverk omnämns även i artikeln skriven av Davis et. al (2004). Den artikeln beskriver hur en utbildad socialarbetare både arbetar med "direct treatment" och "indirect treatment". Detta innebär enligt författarna att socialarbetaren arbetar både med direkt klientarbete i form av behandling men även indirekt arbete med klientens nätverk (Davis et. al. 2004). Detta är även någonting vi kan se genom våra intervjuer, där deltagarna berättar om socionomernas möjlighet att se till hela nätverket runt om en patient. Socionomerna ses som experter på just denna del av klientarbetet, vilket vi i sin tur kopplar till begreppet "diskretion". Diskretion handlar som tidigare nämnt om möjligheten att självständigt bedöma tillvägagångssätt och hur arbetet skall genomföras. Om en profession äger diskretion

ses den professionelle dessutom som expert inom området, varför denne ges förtroende att arbeta på detta självständiga sätt (Brante, 2014:20; Dellgran, 2015:178-179). Vi kan se i våra intervjuer att deltagarna upplever att socionomerna är de i teamet som har kunskap om hur det nätverkande arbetet bäst bedrivs, varför dessa även ges förtroende att utföra detta arbete självständigt. Exempel på att socionomerna arbetar nätverkande samt är bäst lämpade för detta arbete ges av en chef;

*"Där tänker jag att det är ju oerhört viktigt [...] att vi jobbar med dem aktörer som finns i samhället. Och där är ju socionomerna oslagbara."*

*- Chef*

Även ovanstående citat bekräftar att socionomerna upplevs ha överlägsen kunskap om nätverkande arbete. Detta omnämns även i Herod & Lymbery (2002) där socionomerna beskrivs ha kunskap om det samhälle klienten befinner sig i samt de resurser som finns att tillgå. På grund av detta kan det sägas att socionomerna därför äger diskretion då de upplevs som experter inom detta område.

Vi har ovan beskrivit att socionomerna arbetar med klientens nätverk och vi kommer nu ge exempel på vilka arbetsuppgifter socionomerna har som istället handlar om det direkta behandlande, men också praktiska, klientarbetet.

*"[...] ett väldigt handfast arbete som behövs göras. För det är väldigt ofta med våra patienter, där dem kanske behöver "nu sätter vi oss och ringer här så att du får kontakt med den här personen". Inte så att vi ger ett nummer så de får gå hem och ringa, för det gör dem kanske inte."*

*- Psykolog 3*

*"Om patienten kommer och säger att den inte har någon inkomst, och kan inte betala hyra, mat och så. Det tror jag är typiskt. [...] Kanske skuldsanering eller så."*

*- Läkare*

*"[...] hon är ju min uppslagsbok. [...] hon kan liksom allt det där jag inte kan kring hur man gör för att söka psykiatriboende för patienten eller få boendestöd eller ja, allt sånt."*

*- Dietist*

Ovan nämns exempel på hur socionomerna arbetar praktiskt och direkt mot patienten. Det kan handla om allt ifrån att hjälpa till vid att ringa samtal men även viktiga delar som att ge information om olika ekonomiska hjälpmedel såsom fonder eller skuldsanering. Det finns även tankar om att socionomerna har möjlighet att hjälpa till vid ansökan om boendestöd eller psykiatriboende för patienten. Det här blir exempel på den del av det direkta arbete som anses vara en typisk socionomuppgift enligt artikeln skriven av Davis et. al. (2004). Sjöström (2013) bekräftar även detta då hon nämner att socionomgruppen har en tendens att få lösa problem och det praktiska arbetet som finns runtom patienten.

Ett annat exempel på "direct treatment" som Davis et. al (2004) beskriver är det behandlande arbetet med klienten. Detta är inte specifikt för socionomerna på de verksamheter vi besökt, utan är en arbetsuppgift som de flesta inom verksamheten har. Det som vi också kan se i våra intervjuer är att socionomerna som arbetar behandlande ofta besitter en vidareutbildning av något slag, exempelvis psykoterapeutisk grundutbildning eller utbildning inom familjeterapi. Detta medför att socionomerna med sin grundutbildning även kan arbeta mer behandlande. Däremot upplever våra deltagare att detta också har sina nackdelar. Genom att även socionomerna arbetar med behandling suddas de så kallade "professionsgränserna" ut vilket leder till otydliga gränser mellan professionerna där de flesta arbetar med liknande uppgifter. Nedan visas ett svar angående socionomernas eventuella önskan att kunna arbeta mer med behandling.

*"Men det är professionsstrider idag och ibland vill ju de (socionomerna) vidga sitt. Vilket gör att de tycker och anser att det ingår i deras specialisering också."*

*- Psykolog 1*

*"[...] jag personligen kan ju tänka att det inte bara är tillgodo med alla dessa påbyggnadsutbildningar som vi alla har för man tappar ju bort det man var från början. Och alla blir lite "småterapeuter" [...]"*

*- Arbetsterapeut*

Det ovan nämnda visar på en tendens att det är vanligt förekommande att genom vidareutbildningar vill socionomerna i de aktuella verksamheterna ofta få ytterligare kompetens än den grundutbildning som socionomutbildningen innebär. Deltagarna upplever i många fall att det därmed blir otydligt och utblandat i vem som gör vad. Det talas om "professionsstrid" och att professionsgränser suddas ut då alla har möjligheten att arbeta mer

eller mindre terapeutiskt. Detta kan kopplas samman med det som Sjöström (2013) skriver i sin avhandling om hur svenska sjukhuskuratorer tenderar att följa gruppen och "kamouflera" sig till de övriga professionerna. Denna strategi kallas den "mimetiska strategin" och används för att öka sin jurisdiktion inom en viss profession. Detta innebär att socionomen i detta fall antar övriga gruppens synsätt för att skapa närhet inom gruppen. Socionomen tenderar på detta sätt att förlora det sociala synsätt som anses vara unikt för just denna profession (Sjöström, 2013). Vidare kan detta även sammanlänkas med Frammes artikel (2014) där hon beskriver hur socionomen antar en mer terapeutisk roll istället för att bibehålla sin unika sociala kompetens. Denna kompetens bedöms sällsynt inom den medicinska diskursen vilken psykiatrin befinner sig inom (Framme, 2014).

*"Socionomens roll kan bli lite.. Ibland kan jag tänka mig lite att den kan formas utav resterande gruppens behov just därför att man kan vara inne och tangerar dem olika områdena. "*

*- Chef*

Ovan är ett exempel på när socionomerna antar en mer terapeutisk roll, precis som beskrivs av Framme (2014) och Sjöström (2013). Vidare kan detta även handla om vilken roll socionomen förväntas ta i arbetsgruppen. Den strukturfunktionalistiska rollteorin handlar om hur en individ formas av gruppens förväntningar på just denna individ, och möjligen kan det vara så att socionomen med sin breda kunskapsbas förväntas fylla de luckor som finns i verksamheten. Att detta ibland kan innebära behandlande arbete likt de andra i gruppen blir något som vissa upplever som positivt, men även en bidragande faktor till otydligheten bland arbetsgruppens roller (Payne, 2008:246-247).

*"Men det jag kan se är att på våran enhet att vi kanske slösar med resurserna, alltså man använder inte folk till det de egentligen är utbildade för. "*

*- Chef*

Vidare synliggörs i ovanstående citat att då socionomerna i arbetsgruppen ges möjlighet att arbeta på ett liknande sätt som de övriga, kan detta resultera i att socionomernas unika perspektiv och resurser suddas ut och blir allt mer vaga. Vi ser att det inte finns någon profession inom de psykiatriska verksamheterna som har jurisdiktion över det behandlande arbetet, vilket i sin tur medför en otydlighet kring rollerna. Vi uppfattar att ingen specifik profession har absolut monopol (Abbott, 1988:59-60) över att utföra olika typer av

behandlingar, utan om socionomen har "rätt" utbildning ges även denne möjligheten att arbeta med dessa typer av uppgifter.

Vi tolkar att vissa av våra deltagare beskriver att en "renodling av professionerna" skulle innebära en tydligare arbetsgrupp där förväntningarna på varje profession är mindre suddiga. Möjligen skulle detta kunna innebära att en viss profession får mer specifika uppdrag som ingen annan i det multiprofessionella teamet utför, vilket skulle leda till ökad jurisdiktion för den professionen. Detta skulle möjligen kunna innebära en positiv utveckling av upplevelsen av socionomer. På grund av denna förändring kan det även medföra en tydlighet kring vad en socionom faktiskt kan bidra med inom en verksamhet i hälso- och sjukvården.

## 5.2 Multiprofessionellt team

Som tidigare nämnt är socionomen del av ett arbetslag där flera professioner ingår, ett så kallat multiprofessionellt team. Detta kan medföra fördelar men även nackdelar för dem som ingår i ett sådant team. Vi kommer nedan redogöra för våra deltagares upplevelser om socionomernas roll i de multiprofessionella teamen. Vi kommer även redogöra för hur deltagarna upplever det att arbeta i en verksamhet där flera professioner verkar tillsammans och där samarbete är en avgörande faktor för en god arbetsmiljö.

*"Jag ser det lite som en myrstack, där patienten och verksamheten är myrstacken och vi andra är myrorna som har olika funktioner för att myrstacken skall fungera. Alla myrorna behövs för att få den här myrstacken att växa och då är det bra om myrorna kan ha lite extra sprutt så det blir ännu bättre för myrstacken. Så ser väl jag på det."*

*- Sjuksköterska*

I ovan redovisade citat synliggörs hur en av våra deltagare ser på att vara del i ett multiprofessionellt team. Det blir tydligt hur denne upplever att samarbetet är en viktig del för att verksamheten skall fungera. Deltagaren lyfter vikten av att medarbetarna har olika kompetens och funktion inom verksamheten. Det leder till att medarbetaren kan lära ut men också lära av varandra i teamet. Detta till skillnad mot det Isaksson (2014) skriver i sin artikel gällande hur skolkuratorer upplever det att arbeta i ett multiprofessionellt team, där lärare har den dominerande rollen. Vidare i artikeln beskrivs hur just det samarbetet mellan lärare och kurator kantas av fler svårigheter än det samarbete som sker inom elevhälsoteamet. Anledningen till detta sägs vara att kuratorn har en mer lik kunskapsbas med elevhälsoteamet

än den som läraren besitter. Möjligen kan detta vara anledning till att sjuksköterskan i ovanstående citat upplever att det finns ett gott samarbete, då de flesta inom dennes team vilar på liknande kunskapsbaser.

Denna upplevelse av gott samarbete visar sig även bland andra av våra deltagare. Möjligen kan det vara så på grund av att alla arbetar med psykiatrisk behandling i någon form och har gemensamma behandlingsmål för patienten. Genom detta fungerar samarbetet på ett bra sätt, trots olika perspektiv från de olika professionerna.

*"Just här är det lite av en ö av gott samarbete men med flytande gränser på ett bra sätt. [...] så här fungerar det väldigt bra, flytande och man hjälps åt att göra det man är bra på [...]"*

*- Dietist*

Även i ovanstående citat kan vi se ett exempel på det som Isaksson (2014) beskriver om samarbetet inom elevhälsoteamet. Trots olika kunskaper finns det enligt våra deltagare gemensamma mål och det visas respekt och förtroende inom arbetsgruppen.

Trots en övergripande upplevelse av att de multiprofessionella teamen som våra deltagare befinner sig inom, uttrycks viss problematik då det faktiskt finns skilda värderingar, perspektiv samt kunskapsbaser. Detta kan leda till frustrationer och friktioner inom gruppen.

*"Jag tror att alla vill samarbeta och göra det bästa för patienten. Det finns alltid friktioner, men det är inget konstigt. Det blir alltid i en sådan stor grupp."*

*- Läkare*

*"I grund och botten är det ju bra, för det var därför jag inte ville jobba inom vårdcentral där man var ganska mycket själv. Men det är även väldigt frustrerande ... [...] För att allt samarbete är frustrerande (skratt). Att folk tycker annorlunda än sig själv, ne men... det går ganska trögt ibland och de blir missförstånd och folk har ibland lite olika syn på team, tror jag."*

*- Psykolog 3*

Abbott (1988) och Brante (2015) beskriver hur dessa konflikter kan uppstå inom multiprofessionella team då de "klassiska professionerna" möter "semiprofessioner". Dessa konflikter kan dels handla om hur de överordnade professionerna möter de underordnade och det blir fråga om vem som skall göra vad (Brante, 2015:234-244). Abbott beskriver hur dessa konflikter ses som ett resultat av att de olika professionerna "tävlar" om uppdragen inom

verksamheten. Detta leder till konflikter i olika grad och är typiskt för multiprofessionella team (Abbott 1988:33). Sjöström beskriver hur det multiprofessionella teamet kan fungera på grund av just dessa olikheter inom teamet. Däremot kan detta även innebära svårigheter för dem som ingår i teamet, då detta kräver gott samarbete och respekt gentemot varandra. Det är även viktigt att se till professionernas bidrag till ett ökat kunskapsområde inom verksamheten (Sjöström, 2013).

Vi har i vår studie ställt frågan till våra deltagare om huruvida verksamheten skulle påverkas av att en socionom inte fanns. Majoriteten av deltagarna svarar att verksamheten skulle lida av detta.

*"Nej, vi skulle inte klara oss utan socionom. Vi behöver ha dom, vi behöver ha fler till och med!"*

*- Sjuksköterska*

*"Jag tänker, just det är ju jätteviktigt. Så det är egentligen en jätteviktig roll att ha här på mottagningen. Så det skulle nog fungera sämre, helt klart."*

*- Arbetsterapeut*

*"Här hade det blivit stora brister, det hade inte riktigt funkat. Vi har ingen som kan det som socionomen kan. Så det hade ju varit väldigt svårt i en psykiatrisk verksamhet."*

*- Dietist*

*"Jag tror att man hade blivit väldigt mer individinriktad, jag tror också att det hade blivit mer medicinskt inriktat. Jag tror att kopplingen till socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling och så vidare inte hade blivit lika levande."*

*- Psykolog 2*

Framme (2014) beskriver hur socionomens roll inom psykiatrin bör vara unik med dess sociala kompetens. Socionomen kan även bidra med som tidigare nämnt så kallat "helhetsperspektiv" där socionomen ser till både patient men även dess nätverk. Precis som våra deltagare beskriver att det skulle saknas någonting om en socionom inte fanns, beskrivs detta även i artikeln av Herod & Lymbery (2002). Socionomerna har ett bredare synsätt än de övriga professionerna i de multiprofessionella teamen som är av värde. Detta bekräftas av ovanstående citat där flera av våra deltagare uttrycker deras upplevelse av hur verksamheten hade fungerat utan en socionom.

*"[...] utan varandra kan vi inte fungera."*

*- Läkare*

Sammanfattningsvis kan det sägas att det är tydligt att allas kunskap har ett stort värde. Deltagarna uttrycker hur socionomernas kunskaper som tidigare nämnt skulle saknas om de inte fanns i verksamheten. Detta innebär att ett multiprofessionellt team har både för- och nackdelar. Det kan vara frustrerande men vår övergripande upplevelse av vad våra deltagare tycker är att det är ett givande arbetssätt med möjlighet att lära sig nya saker. Med det sagt, alla professioner fyller en viktig roll i verksamheten precis som den läkare vi intervjuat beskriver i citatet ovan.

### **5.3 Socionomernas status, legitimitet och tolkningsföreträde**

Vi har förstått att socionomerna har en viktig roll inom psykiatrin, frågan som denna studie delvis byggt på är hur socionomernas status och legitimitet ser ut enligt andra professioner i verksamheten. Brante (2015:233-234) beskriver hur hälso- och sjukvården består av en hierarkisk ordning. Vårt intresse ligger i att undersöka hur denna hierarki visas och hur de andra professionerna inom de multiprofessionella teamen uppfattar socionomernas ställning gällande status och legitimitet.

Olika faktorer påverkar upplevelsen av att ha status och legitimitet inom sin profession. Socionom tillhör det som Brante (2015:14-15) kallar för "semiprofession", vilket innebär att denna profession inte har en lika väletablerad statusposition i samhället som exempelvis de "klassiska professionerna". Inte bara det faktum att socionom som profession inte är lika väletablerad i samhället, det finns även andra faktorer som påverkar socionomernas status. Vi har ställt frågan till våra deltagare rörande socionomernas status inom hälso- och sjukvård. Svaren vi får är av varierande art, men de är överens om att socionomernas status och legitimitet inom psykiatrin är relativt hög.

*"Jag tror att det är ganska hög status, faktiskt. Men att man är olika bra på att använda dom. [...] Jag tror att här är det en okunskap hur man skall kunna använda dem på ett bra sätt. Så jag tror överlag att det är en ganska hög status och att man är ganska noga med att ha en socionom i alla team. Det är min uppfattning. "*

*- Arbetsterapeut*



*"Jag tror att de har en ganska väl, vad skall man säga, etablerad position. Att de tillhör och behövs. Och de används. [...] Det finns mycket behov av deras kompetens."*

*- Psykolog 3*

Till skillnad från det Brante (2015:14-15) skriver om hur semiprofessioner inte har en väl etablerad position i samhället, kan vi här se att det skiljer sig. Deltagarna i vår studie uppfattar att socionomernas roll är etablerad inom hälso- och sjukvården och att dess status är hög. Davis et. al. (2005) beskriver även de hur socionomer upplever sig vara missförstådda, men framför allt anser socionomerna att de saknar möjligheten att uppnå hög status inom sin profession. Det blir därför intressant att se att det skiljer sig när de andra professionerna som vi intervjuat uppger att socionomerna har hög status. Den fråga som uppstår hos oss är varför socionomerna i den forskning som vi läst upplever sig ha en låg status, medan de intervjudeltagarna vi intervjuat säger det motsatta. Svaret på frågan varför socionomerna i vår tidigare forskning upplever sig ha en lägre status kan ges om vi ser till några av våra deltagares svar.

*"Men det är väl att man inte har det här, man har inget "bolltäck<sup>2</sup>" på samma sätt (skratt) och det är lite retligt!"*

*- Psykolog 1*

*"Dem har haft lite problem att, det har varit otydlig nisch och man har blivit mindre egen. Lite mindre patent på det som är deras specialitet."*

*- Psykolog 1*

*"[...] man har en kapacitet att ta hand om ganska många olika saker men man är inte expert på något område. Förutom just samhället. Jag menar alla lever vi i samhället, alla vet vi hur det är och alla kan lyfta luren och ringa till en handläggare på kommunen, eller hur [...]."*

*- Aidentifierad profession*

Dessa citat tydliggör socionomernas breda grund, varför dessa inte heller upplevs som självklara i sin roll och det kan bli oklart vad socionomerna har att erbjuda. Framme (2014) beskriver hur psykologen har en utmärkande metodik i sin behandling och i kontakten med patient. Socionomen har, till skillnad från psykologen, inte samma strama tillvägagångssätt utan har möjlighet att vara mer flexibel i sitt arbete. Möjligen kan avsaknaden av "tydliga verktyg" ge svar på varför socionomerna i vår tidigare forskning upplever sig vara just

---

<sup>2</sup> Bolltäck<sup>2</sup> är ett hjälpmedel som används för att stimulera känsel, öka lugn och koncentration. Används även för att lugna psykisk oro hos barn eller vuxna (Björklund, 2014).

missförstådda. Frammes (2014) resonemang skulle även kunna förklara de ovanstående svar vi fått under intervjuerna gällande vad socionomerna har att erbjuda.

Som ovan nämnt upplevs det av vissa att socionomerna inte är experter inom något område, detta kan kopplas till frågan om jurisdiktion och diskretion. Dessa två ökar en professions status och fås genom att professionen har monopol över utförandet av en viss arbetsuppgift, samt ses som expert inom området. Genom diskretion ges en profession förtroende av både samhället och organisationen att självständigt utföra en viss arbetsuppgift (Brante, 2014:20; Dellgran, 2015:178-179).

En generell uppfattning som majoriteten av våra deltagare uttrycker är att läkaren inom det multiprofessionella teamet har en särställning gällande status, som inte går att komma ifrån. Detta utifrån att läkaren oftast tar de slutgiltiga besluten gällande patientens vård. Däremot finns det olika faktorer som påverkar vem som har tolkningsföreträde enligt våra deltagare, oavsett professionstillhörighet. Nedan visas exempel på detta.

*"[...] till exempel på teamen, säger någon läkare någonting så är det ju det som gäller. [...] Men sen kanske det inte är så stor statusskillnad mellan övriga professioner. Om en psykolog eller socionom eller arbetsterapeut eller dietist säger något så är det ju inte så att det blir sämre, men just läkarna har en särställning som högst och så vi andra ungefär i samma."*

*- Dietist*

*"[...] så att rent formellt är det ju läkaren [...]. Sen hänger det ju också samman med kännedom om patienten. Den med bäst kännedom har ju också tolkningsföreträde. Det tycker jag också blir tydligare ju större tilltro man har för varandra, oavsett profession. [...] Har man god kännedom här så har man högt tolkningsföreträde."*

*- Psykolog 2*

*"[...] det inte är dom här hierarkierna, som det är på soma-sidan. För där är det verkligen så alltså, hierarki. [...] Så det är mer befogenheter än hierarkier här. [...] Och att man har olika expertområden. Så skulle jag nog vilja se det som. Det kan man ju inte värdera. Alltså hierarkiskt."*

*- Sjuksköterska*

Vi kan för att sammanfatta ovanstående citat se att en persons status inte enbart handlar om vilken professionstillhörighet eller expertisområde denne besitter. Det kan även handla om andra faktorer så som kännedom om patient eller vem som har befogenhet att utföra den

aktuella behandlingen eller uppgiften. Däremot kan vi se att läkarens särställning skulle kunna härledas till tanken om "klassiska professioner", dit just läkare tillhör. Läkare har sedan 1800-talet haft en väletablerad position i samhället och med det följer hög status men även högt förtroende (Brante, 2015:14-15). Läkare äger jurisdiktion i just dessa verksamheter när det kommer till medicinska ansvar samt vissa övriga uppdrag, exempelvis läkarintyg, som ingen annan kan eller har befogenhet att utföra. Att läkaren därför uppfattas ha hög status och en självklar talan kan ses som en konsekvens av att professionen funnits under lång tid.

Hur skall då socionomerna, vilka tillhör en profession med en ifrågasatt roll inom psykiatrin, arbeta för att öka sin status i just dessa verksamheter där socionomerna ses som underordnad grupp? En av våra deltagare poängterar att det inte handlar om en professions givna status, utan att det kan handla om andra faktorer också. Detta kan exempelvis bero på hur socionomer framställer sig själva inom dessa verksamheter där de ofta bekräftar sin underordnade roll i en hierarkisk verksamhet. Nedanstående citat påvisar vad en av våra deltagare tycker saknas hos socionomer och som hade kunnat förändra deras status.

*"[...] det är lite mer självförtroende och ett mer "go" som säger "här kommer vi" och inte bara gå med på allting. [...] Men att man vågar stå för vad man kan lite mer och att säga att "detta gör vi och detta kan jag". Att man vågar tro på det."*

*- Psykolog 3*

Att socionomer förväntas ta en underordnad position inom verksamheten, och möjligen följer detta mönster, kan förklaras med hjälp av den dramaturgiska rollteorin. Denna teori beskriver hur en individ uppfattar vilka förväntningar som finns på denne och därmed bekräftar just dessa förväntningar genom att efterleva dem. Den dramaturgiska rollteorin förklarar även hur en individ kan styra vilken roll denne tar i ett socialt sammanhang, detta genom att förstärka eller dölja olika egenskaper hos sig själv (Payne, 2008:247). Alltså, för att förändra sin statusposition kan socionomer välja att själva styra hur dessa framställer sig själva genom att med mer pondus lyfta fram sitt unika perspektiv inför gruppen, precis som beskrivs i ovan presenterade citat. Detta precis som Sjöström (2013) beskriver gällande hur de tyska sjukhusuratorernas har förmåga att "stand out" från gruppen med sitt unika sociala perspektiv.

## 5.4 Legitimation

En vidare faktor som kan styrka en professions status och legitimitet är om denne innehar en legitimation. Som vi tidigare nämnt är det en aktuell diskussion om huruvida kuratorer inom hälso- och sjukvård skall få möjligheten att legitimeras. Legitimation har en statushöjande funktion, tillsammans med många andra fördelar som följer med denna. Nedan visas citat över hur våra deltagare upplever att även socionomyrket borde vara legitimationsgrundande. Detta utifrån likheten i vårdtyngd och ansvar.

*”Jag tycker absolut att socionomer skulle behöva legitimation, det hade vart jättebra för alla. Det blir lite konstigt när så många andra yrken med motsvarande vårdtyngd och motsvarande utbildningslängd har det och ni (socionomer) inte har det. Och ingen förstår ju vad auktorisering är ändå, det hade ju vart mer enhetligt om ni (socionomer) också hade en legitimation.”*

*- Dietist*

*”Jag tycker och jag har tyckt länge, länge att socionomen också skall vara legitimerad. [...] Det är ett stort ansvarsområde och det bör vara en skyddad titel och det bör vara en legitimation. Både med de fördelar som man har med en legitimation och de skyldigheter man har med en legitimation. Så jag tycker att det är jättekonstigt att man har 3,5 års utbildning som högskole- eller universitetsutbildning samt de arbetsuppgifter som man har och att de inte är legitimation på det. Det är vansinnigt enligt mig [...].”*

*- Sjuksköterska*

Genom att få en legitimation följer en ensamrätt av att utföra ett visst arbete. Jurisdiktionen för socionomer skulle därmed öka då dessa eventuellt skulle få monopol över vissa arbetsuppgifter. Detta skulle i sin tur leda till att dessa uppfattas vara experter inom området (Abbott, 1988:59; Dellgran, 2015:170). Precis som tidigare nämnt följer jurisdiktion och diskretion ofta varandra. Med socionomernas möjligheter att vara experter inom ett specifikt område skulle dessa även få förtroende att utföra dessa uppgifter självständigt och möjligen skulle behovet av läkarens bekräftelse gällande tillvägagångssätt minska. Det finns även en upplevelse av att legitimationen ger yrkesutövaren större möjlighet att hävda sig gentemot andra yrkesgrupper. Nedan visas två citat, det första beskriver hur det skulle vara om legitimationen saknades och det andra visar på möjligheter som följer en legitimation.

*”Svårt att hävda sig mot andra yrkesgrupper.”*

*- Dietist*

*”Att markera min självständighet gentemot andra professioner. ”*

*- Psykolog 2*

I ovanstående citat synliggörs våra deltagares upplevelser av att en legitimation har förmåga att öka och stärka en professions möjligheter att markera sitt område. Genom legitimationen får professionsutövaren även möjlighet att stå på sig och hävda sin kompetens gentemot övriga professioner. Davis et. al. (2004) beskriver hur socionomer inom hälso- och sjukvården känner sig missförstådda och underskattade då de verkar i en verksamhet med andra mer etablerade, även legitimerade, professioner. Enligt våra deltagare möjliggör en legitimation en mer tydlig roll och möjlighet att hävda sig. Potentiellt kan det som våra deltagare berättar om innebörden av att ha en legitimation kopplas till just det som Davis et. al. (2004) skriver. Att känna sig missförstådd och underskattad kan vara resultatet av att professionen inte får den tydliga avgränsning och ökade legitimitet som ofta följer en legitimation.

Så vad är egentligen det huvudsakliga resultatet av att ett yrke innehar en legitimation? Våra deltagare beskriver flera olika faktorer, nedan redogörs för två av våra deltagares upplevelser. Det handlar både om en möjlighet att stärka sin yrkesroll inom arbetsgruppen, men även en kvalitetsgarant för både utföraren men även för den patient som möter professionen.

*”Legitimationen är ett skydd, både för sig själv och för patienterna.”*

*- Psykolog 3*

*”[...] Fördelen med att ha en legitimation, har du den kan du också bli av med den. Jo, så på det sättet kan man väl säga att det blir en kvalitetsgarant för att en människa inte bara går i skolan och sen börjar jobba [...].”*

*- Chef*

Att socionomer inom hälso- och sjukvård är den enda professionen utan en legitimation kan upplevas märkligt, utifrån att socionomerna har samma ansvar och liknande arbetsuppgifter som övriga professioner vilka har en legitimation. Som tidigare nämnt i vårt “Bakgrundsavsnitt” är frågan om legitimation för socionomer en fråga som pågått och varit aktuell under lång tid. En av de senaste uppdateringarna i frågan är att Socialdepartementet har föreslagit att införa en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Ändringen föreslås träda i kraft i början av 2019 (Ds 2017:39:1). För socionomer som grupp skulle detta kunna innebära en statushöjning samt en kvalitetssäkring av professionen, både inom och mellan

andra yrkesgrupper. Det skulle även kunna vara ett steg i riktningen mot fortsatt professionalisering av socionomyrket (Gåfvels, 2014).

## 6. Avslutande diskussion

### 6.1 Slutsatser och diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur andra professioner inom hälso- och sjukvård upplever socionomer i de multiprofessionella teamen, samt undersöka vilken status och legitimitet socionomyrket som profession har i dessa verksamheter. För att besvara detta har vi genomfört åtta intervjuer med olika personer verksamma inom psykiatriska verksamheter. Dessa personer har olika professionstillhörigheter inom psykiatrin. De frågeställningar vi velat få svar på är;

1. Vilka upplevelser har andra professioner av socionomyrket?
2. Hur upplever andra professioner socionomernas roll inom de multiprofessionella teamen?
3. Vilka faktorer är avgörande för vem som har tolkningsföreträde gällande tillvägagångssätt och behandling för en patient inom verksamheten?
4. Vilken status och legitimitet innehar socionomer inom verksamheten enligt andra professioner?

Det vi har kommit fram till i vår studie gällande hur andra professioner upplever socionomyrket är att det har skett en förändring. Många berättar att de fått en mer positiv bild av socionomer som grupp. Våra deltagare berättar vidare att de fått djupare förståelse för vad socionomer kan bidra med inom verksamheten. Detta kan handla om många olika områden såsom juridiska, ekonomiska samt samhälleliga kunskaper. Det blir tydligt för oss att socionomen upplevs ha en vid kunskapsbas men genom detta kommer även en "luddighet" som våra deltagare berättar om. Vi får höra hur det är svårt att veta vad som förväntas av socionomer, samt vilka arbetsuppgifter dessa väntas utföra. Detta upplevs som varierande beroende på vilken socionom våra deltagare syftar på. Trots dessa svårigheter samt en otydlighet kring socionomernas roll upplevs de ändå som viktiga inom en psykiatrisk verksamhet likt dem vi besökt. Så för att besvara frågan gällande andra professioners upplevelse av socionomer, kan det sägas att det finns vissa hinder på grund av den otydlighet som finns. Däremot finns det en övervägande uppfattning om att socionomer tillför värdefull kompetens till de multiprofessionella teamen.

Gällande frågan om hur våra deltagare upplever socionomernas roll i de multiprofessionella teamen får vi kunskap om att det finns både för- och nackdelar. En generell uppfattning är att samarbetet är en viktig del där det finns möjlighet att lära ut och lära av varandra. Detta för att kunna erbjuda den bästa vården för patienten. Det sägs fortsättningsvis att socionomerna kan bidra med kompetens som ingen annan har, men att socionomerna nödvändigtvis inte får möjlighet att använda sin fulla kompetens. Vidare uttrycks hur dessa multiprofessionella team kantas av frustration och ibland även friktion. Med detta menar våra deltagare att det kan uppstå konflikter inom gruppen då de olika professionerna bidrar med skilda perspektiv, värderingar samt kunskapsbaser.

Fortsättningsvis beskriver våra deltagare hur verksamheten och de multiprofessionella teamen skulle påverkas av att socionomerna saknades. Det framkommer att det hade kunna innebära brister och att socionomerna besitter en viktig roll. En av våra deltagare poängterar att verksamheten troligtvis skulle bli mer individ- och medicinskt inriktad och menar att detta skulle påverka verksamheten negativt.

Inom de multiprofessionella teamen våra deltagare befinner sig inom finns olika professioner, med olika status. Med detta aktualiseras frågan om vilka faktorer som påverkar vem som har tolkningsföreträde inom verksamheten gällande tillvägagångssätt och behandling. Det som sägs är att läkaren ofta har det slutgiltiga ordet gällande vården och därmed även har tolkningsföreträde. Det som däremot framkommer är att det finns andra faktorer som också påverkar tolkningsföretädet. Det kan handla om vem som har bäst kännedom om patienten, oavsett profession, samt om vem som har befogenhet att utföra den aktuella uppgiften. Den slutsats vi kan dra om vilka faktorer som påverkar vem som har tolkningsföreträde är att det är beroende på olika delar och inte alltid är bundet till en viss profession. Däremot har läkaren en särställning inom verksamheten som är svår att undvika.

En del i vårt syfte var att undersöka socionomernas status och legitimitet inom verksamheten och vi har därför ombett våra deltagare att berätta om sina upplevelser om just detta. Vi hade en förkunskap från våra forskningsartiklar om att det fanns en generell uppfattning från socionomernas perspektiv att dessa hade låg status samt ofta kände sig missförstådda i förhållande till de övriga professionerna. Däremot skiljer sig vårt resultat delvis från de artiklar vi läst om i andra forskningssammanhang. Våra deltagare uttrycker att socionomerna inom



deras verksamhet har hög status och en väl etablerad position. Trots det berättar våra deltagare att verksamheten nödvändigtvis inte vet hur socionomerna används på bästa sätt. Detta på grund av att socionomerna skiljer sig från resterande grupp, då de inte har något konkret att erbjuda på samma sätt som exempelvis arbetsterapeutens bolltäckte eller psykologens givna metodik i behandling. Däremot beskrivs socionomer som "sociala experter" av Gåfvels (2014:53-54) och trots att detta möjligen inte är lika konkret som ett bolltäckte fyller dessa en viktig funktion i verksamheten. En av våra deltagare uttrycker att för att öka socionomernas status borde dessa tro mer på sig själva och lita på sin kunskap i högre grad. Deltagaren uttrycker ett behov av ett mer "go" i framställningen av sig själv och menar ett större självförtroende och pondus.

Ett annat sätt att öka socionomers status och legitimitet skulle kunna vara att inneha en legitimation. Våra deltagare uttrycker att en legitimation har en statushöjande funktion, samt ger möjlighet att hävda sig inför andra professioner. Den har även som funktion att tydliggöra och avgränsa professionens kunskapsområde och därmed skulle kanske upplevelsen av socionomyrket som "luddig" försvinna. Som tidigare nämnt är frågan om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården aktuell. Som vi beskrivit i bakgrundsavsnittet i denna studie finns det fyra olika grader av legitimation. Vilken av dessa fyra grader kuratorerna i sådana fall skulle omfattas av är otydligt i promemorian från Socialdepartementet (Ds 2017:39). Det vi kan spekulera om är hur en legitimation skulle påverka kuratorsgruppen vid införandet av legitimation. I Socialstyrelsens utredning (2014:37-38) gällande behovet av att införa legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården beskrivs hur en socionomexamen bör finnas hos utföraren av kuratorsarbetet. Det bör även finnas en vidareutbildning hos utföraren för att få fördjupad kunskap om socialt arbete inom den medicinska kontexten. Vi tror att om en legitimation infördes skulle detta vara kunskapskraven för att få utföra kuratorsarbetet. Detta skulle kunna möjliggöra att socionomerna anses vara bäst lämpade samt få monopol och därmed jurisdiktion över kuratorsarbetet.

Vidare kan det diskuteras om en legitimation skulle innebära att kuratorsrollen blir mindre missförstådd och att socionomerna därmed får en mer given och enhetlig roll i de multiprofessionella teamen. Detta genom den avgränsande funktion som en legitimation ofta för med sig. Vi tror att ett införande av legitimation hade haft övergripande positiv effekt för den fortsatta professionaliseringen. Däremot skulle det kunna finnas en osäkerhet om hur en

legitimation eventuellt skulle medföra att socionomerna känner sig mer styrda och allt för reglerade i sitt yrkesutövande. Som vi tidigare nämnt är socionomernas spetskompetens dess breda grund samt möjligheten till flexibilitet i arbetet. Möjligen skulle en legitimation medföra att kuratorsyrket bli mer ”nischat” och får en specialistkaraktär. Samtidigt skulle detta i sin tur kunna leda till en splittring mellan socionomer, då vissa blir legitimerade och andra inte. Detta är även något som SKL beskriver som en negativ konsekvens av införandet av legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017).

Den slutsats vi kan dra efter denna studie är att socionomerna trots sin eventuellt otydliga roll, ändå upplevs som viktiga. Med sitt helhetsperspektiv samt förmåga att länka samman patienten, vården samt det resterande nätverket ses socionomerna som unika och kompletterar övriga professioners kompetens. Vi kan efter avslutad studie se hur multiprofessionella team har behov av socionomer för att just fylla denna sammanhållande funktion. För precis som läkaren i vår studie uppger, ”utan varandra kan vi inte fungera”.

## **6.2 Metodreflektion**

Efter avslutad studie kan vi konstatera vissa förbättringspunkter i vårt genomförande. Till att börja med hade vi kunnat bredda vårt urval. Detta för att få ett bredare och djupare perspektiv på vårt studieobjekt. Vi hade även kunnat ha fler deltagare i vår studie för att få en vidare inblick men också öka möjligheten att applicera resultatet i andra sammanhang. Hade vi gjort detta hade vi med fördel även kunnat vända oss till verksamheter i andra kontexter där kuratorer finns inom multiprofessionella team. På detta sätt hade vi fått möjligheten att se likheter samt skillnader i hur kuratorer upplevs inom dessa olika kontexter. Vi hade fått ett djupare resultat som inte enbart fokuserar på kuratorer inom psykiatrin. Däremot var detta inte möjligt då tidsramarna för denna studie var för snäva.

Vidare har vi sett att om tidsutrymmet hade funnits skulle vi gett våra deltagare möjligheten att läsa våra transkriberade intervjuer. Då hade de själva kunnat se över det som sagts samt få möjligheten att korrigera eller tillägga något i sina svar. Även detta hade ökat trovärdigheten ytterligare då vi med större säkerhet hade vetat att vi inte missuppfattat eller feltolkat något.

Dessutom hade vi, om utrymmet fanns, valt att genomföra en annan analysmetod. I denna studie valde vi att använda innehållsanalys, dels för att vi var bekväma med den och dels för

att den inte är speciellt tidskrävande jämfört med exempelvis ”grundad teori”. Hade vi fått göra om studien med mer tid hade vi valt grundad teori istället. Detta då denna analysmetod ökar möjligheten att finna nya teman utöver de som var bestämda innan vi började analysera. Vi hade även velat genomföra en analys med fokus på kön och ålder hos deltagarna, detta för att se huruvida det skulle påverkat vårt resultat.

### **6.3 Vidare forskning**

Precis som tidigare nämnt ville vi med denna studie fylla en kunskapslucka inom det område vi studerat. Efter avslutad studie har vi däremot sett ytterligare luckor som vidare forskning skulle kunna fylla. Det handlar om att även studera kuratorer i andra kontexter, exempelvis inom skola, somatisk vård eller ungdomsmottagningar. Gemensamt för dessa är att kuratorn även här ingår i multiprofessionella team, på samma sätt som inom psykiatrin. Det hade därför varit intressant att se vilka likheter och skillnader som kan finnas dem emellan. Vidare hade det även varit intressant att se om resultatet skulle skilja sig om en intersektionell analys genomfördes på resultatet. Det hade genom detta kunnat synliggöra skillnader mellan, och inom, de intersektionella kategorierna.

Under tidens gång som vi arbetat med denna studie har en tanke väckts hos oss. Det handlar om att den chef som vi har intervjuat är socionom. Vi har diskuterat hur vanligt förekommande detta är och en av våra intervjudeltagare uttryckte just detta att denne upplevde det märkligt att fler socionomer inte har en chefsposition. Detta utifrån att vi som framtida socionomer har just detta breda perspektiv och utbildas till att se gruppdynamiker och hur människor samspelar i grupp. Vi har ingen uppfattning om hur vanligt detta fenomen är. På grund av detta hade det varit intressant att forska vidare på hur dessa olika multiprofessionella team styrs. Det hade skapat möjligheten att på en mer strukturell nivå studera vilka faktorer som påverkar hur arbetet fördelas inom verksamheten.

Vidare kan sägas att under ett av våra intervjutillfällen gav en av våra deltagare feedback på hur intervjun hade genomförts. Denne beskrev hur frågor rörande rivalitet och konkurrens mellan de olika professionerna skulle ge en ytterligare dimension till vårt resultat. Vi anser att detta är ett spännande resonemang och bedömer det intressant om detta skulle forskas vidare på. Det hade kunnat på ett ytterligare sätt synliggöra relationerna inom det multiprofessionella teamet.

## Referenser

Abbott, Andrew Delano (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Akademikerförbundet SSR (2016). *Succé för socionomauktorisering!*  
[<https://akademssr.se/reportage/succes-socionomauktorisering> Hämtat: 2017-10-10].

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber.

Brante, Thomas (2014) *Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Första uppl. Stockholm: Liber.

Brante, Thomas, Eva Jonsson, Gunnar Olofsson & Lennart G. Svensson (2015) *Professionerna i kunskapssamhället - en jämförande studie av svenska professioner*. Stockholm: Liber.

Björklund, Katti (2014). *Hjälpmedel för kognitivt stöd och kommunikation*.  
[<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Hjalpmedel/Artiklar/Kognition-och-kommunikation/Hjalpmedel-for-kognitivt-stod-och-kommunikation/> Hämtat: 2017-11-15].

David, Matthew & Carole D. Sutton (2016) *Samhällsvetenskaplig metod*. Första uppl. Lund: Studentlitteratur.

Davis, Cindy, Eileen Baldry, Biljana Milosevic & Anne Walsh (2004) Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47 (3): 346–426.

Davis, Cindy, Eileen Baldry, Biljana Milosevic & Anne Walsh (2005) Defining the Role of the Hospital Social Worker in Australia: Part 2. A Qualitative Approach. *International Social Work*, 48 (3): 289-299.

Dellgran, Peter & Staffan Höjer (2005) Rörelse i tiden. Professionalisering och privatisering i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12 (2-3): 246-267.

Dellgran, Peter (2015) Människobehandlande professioner. I: Staffan Johansson, Peter Dellgran & Staffan Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer - villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ds 2017:39. *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*. Stockholm: Socialdepartementet.

Framme, Gunilla (2014) Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården?

*Socialvetenskaplig tidskrift*, 21 (2): 85-104.

Fröberg, Ulf H. & Oskar Höllgren (2010) *Rättsutredning - förutsättningar för legitimering av sjukvårdskuratorer*. Stockholm: Institutet för Medicinsk Rätt.

Gåfvels, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Herod, John & Mark Lymbery (2002) The social work role in multi-disciplinary teams. *Practice*. 14 (4): 17-27.

Isaksson, Cathrine (2014) Skolkuratorers handlingsutrymme: gränser, legitimitet och jurisdiktion. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 21 (1): 47–66.

Jacobsen, Dag Ingvar (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Andra uppdaterade och utökade uppl. Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, Cristina (2017) *Med bredden som spets – om socionomers yrkesidentitet*. Göteborg: Idealistas Förlag.

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2012) Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Nygren, Lennart (2012) Risken finns, finns nyttan? Etikprövningsnämnderna och den kvalitativa forskningen. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Nämnden för socionomauktorisering (2017). [[www.socionomauktorisering.se](http://www.socionomauktorisering.se) Hämtat: 2017-11-13].

Olsson, Siv (1999) *Kuratorn förr och nu - sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*.

Göteborg: Kompendiet AB.

Payne, Malcolm (2008) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Andra svenska utgåvan. Stockholm: Natur & Kultur.

Pettersson, Ulla (2001) *Socialt arbete, politik och professionalisering: den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur och kultur.

Prop. 1983/84:179. *Om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.*

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 1993:387 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

SFS 1996:799 Patientskadelagen.

SFS 1998:204 Personsuppgiftslagen.

SFS 1998:531 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

SFS 2001:453 Socialtjänstlagen.

SFS 2008:355 Patientdatalagen.

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen.

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen.

Sjöström, Manuela (2013) *To blend in or stand out: hospital social workers' jurisdictional work in Sweden and Germany*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Socialdepartementet (2013) *Uppdrag att utreda behovet av en legitimation för kuratorer i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Regeringen.

Socialstyrelsen (2014). *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård*.

[<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19436/2014-4-21.pdf> Hämtat: 2017-10-11].

Socialstyrelsen (2017). *Termbank "multiprofessionellt team"*.

[<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=486> Hämtat: 2017-10-10].

Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Yttrande: DS 2017:39 Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*. [<https://skl.se/download/18.17d7ef9515fb52994e89324a/1510924120292/SKL-17-04335-Ytr-Legitimation-for-halso-och-sjukvardskuratorer.pdf> Hämtat: 2017-12-01].

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wingfors, Stina S. (2004) *Socionomyrkets professionalisering*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

# Bilagor

## 1. Begreppslista

*Auktorisation* – En sorts certifiering som utges av Nämnden för socionomauktorisering. För mer information, se **1.5.3 Legitimerade professioner i Sverige**

*Klient* - används som den svenska översättningen till ”service user” från artikeln Herod & Lymbery (2002)

*Kurator* - Med kurator avser vi en person som fullgjort en socionomutbildning samt har befattningen kurator, inom skola eller hälso- och sjukvård

*Multiprofessionellt team* - Med multiprofessionellt team avser vi en arbetsgrupp med näraliggande men separata professioner/yrken vilka arbetar tillsammans med verksamhetens riktlinjer och mål

*Socialarbetare* – används för att benämna Englands och Australiens motsvarighet till socionom, används i Herod & Lymbery (2002) samt Davis. et. al (2004, 2005)

*Socionom* - Med socionom avser vi en person som genomgått socionomutbildning och tagit examen från denna



## 2. Informationsbrev

### Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter, Victoria Sunnerdahl och Patricia Bonfré, som går termin sex på Göteborgs Universitet. Vi genomför just nu vår kandidatuppsats där studiens syfte är att undersöka hur andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård ser på socionomyrket som profession, samt vilken legitimitet socionomyrket har i dessa verksamheter.

För att kunna besvara vårt syfte vill vi genomföra intervjuer med olika professionella som arbetar inom hälso- och sjukvården. Vår förhoppning är att vi kan genomföra intervjun på Din arbetsplats, i ett enskilt rum. Detta för att undvika förlorad arbetstid för Dig. För att intervjun skall bli så bra som möjligt, önskar vi att du avsätter ungefär 60 minuter av Din arbetstid.

Deltagandet är frivilligt. Om Du samtycker till att delta i vår studie, samtycker Du även till att intervjun spelas in. Detta görs för att säkerställa att vi uppfattar det som sägs på rätt sätt, samt för att inte förlora viktiga delar av intervjun när den sedan transkriberas. Du som intervjudeltagare har rätt att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång.

Vi utgår från Vetenskapsrådet etiska riktlinjer om konfidentialitet, vilket innebär att vi värnar om Er anonymitet. Vi kommer därför inte skriva ut Era eller verksamhetens namn i vår studie.

I enlighet med de etiska riktlinjerna har vi även tagit hänsyn till nyttjandekravet. Detta innebär att vi enbart kommer använda det som framkommer under intervjuerna till vår studie. Om Du som intervjudeltagare sedan är intresserad av vårt studieresultat, meddela gärna detta under intervjutillfället.

Ditt deltagande spelar stor roll för oss och om Du frågor får Du gärna kontakta oss!

Med vänliga hälsningar,

Victoria Sunnerdahl  
070 – XXXXXXXX  
XXXX@gmail.com

Patricia Bonfré  
070 - XXXXXXXX  
XXXX@hotmail.com

Handledare  
Staffan Höjer, professor i socialt arbete

### 3. Samtyckesblankett

#### Samtyckesblankett

Härmed samtycker Jag till att delta i studien. Med detta samtycke försäkrar Jag att Jag tagit del av samt förstått studiens syfte. Jag är medveten om att intervjun kommer komma att spelas in, men att det enbart kommer användas för studiens syfte. Jag är även medveten om att Jag kan avbryta Mitt deltagande när som helst. Vi garanterar full konfidentialitet då ingen utomstående kommer kunna identifiera vem som har sagt vad under denna intervju. Vi värnar om Din anonymitet och kommer därför avidentifiera Dina svar och även verksamhetens namn, vi kan däremot inte garantera att Ni som deltar förblir anonyma inom verksamheten. I enlighet med Vetenskapsrådets etiska riktlinjer har vi tagit hänsyn till nyttjandekravet. Detta innebär att vi enbart kommer använda det som framkommer under intervjun till vår studie.

Namnteckning:

---

Tack för ditt deltagande!

Victoria Sunnerdahl & Patricia Bonfré

## 4. Intervjuguide

### Intervjuguide

Syftet med studien är att undersöka hur andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård ser på socionomyrket som profession, samt vilken legitimitet socionomyrket har i dessa verksamheter.

#### ***Bakgrundsfrågor***

Hur gammal är Du?

Vad har Du för utbildning? Har Du någon vidareutbildning?

Vad har Du för befattning inom verksamheten?

Hur länge har Du varit inom verksamheten?

#### ***Intervjufrågor***

##### *Verksamheten*

Vad har Du för tankar om samverkan/multiprofessionellt team?

- Vilka professioner finns inom denna verksamhet?
- Kan Du berätta om hur arbetsfördelningen ser ut i denna verksamhet?
- Vem ges vissa arbetsuppgifter och varför?
- Hur arbetar Ni i Ert arbetslag?
- Skarpa gränser mellan professionerna eller jobbar Ni tillsammans?
- Vem har enligt Dig högst status på arbetsplatsen?
- Vem har tolkningsföreträde gällande tillvägagångssätt och behandling inom verksamheten för en patient?
- Upplever Du att Ni i Ert arbetslag har olika mycket att säga till om?

##### *Kuratorn/socionomen*

Vad har socionomen för förväntningar i Din verksamhet?

- När Du hör begreppet ”kurator/socionom”, vad betyder detta för just Dig/vad tänker Du på?
- Vad anser Du vara en typisk socionomuppgift?
- Vilka är socionomens mest viktiga egenskaper inom arbetslaget enligt Dig?
- Arbetar någon annan på arbetsplatsen med liknande arbetsuppgifter? Ge gärna exempel!
- Vad skiljer socionomens uppgifter från de andras?
- Vilka möjligheter till självständigt arbete ges?
- Saknar socionomen enligt Dig någon nödvändig kompetens?
- Hur hade verksamheten fungerat utan en socionom?

### *Socionomens legitimitet*

Vilken är Din uppfattning om socionomens professionella status och legitimitet inom hälso- och sjukvård?

- På vilket sätt förändrar eventuella vidareutbildningar hos socionomen Din upplevelse av dennes status och legitimitet?
- Vilken roll spelar legitimation för statusen inom hälso- och sjukvård?
- Vad anser Du om att socionomer inte är legitimerade? För- nackdelar?
- Hur tror Du att Din egen legitimation påverkar Dig och Din yrkesroll?
- Hur hade Ditt yrke påverkats av att inte ha en legitimation?
- Hur tänker Du kring yrkeslegitimation? Vilket behov/syfte tror Du att den fyller?
- Om Du skulle placera ut socionomen i förhållande till de andra professionerna, vart hamnar denne gällande status och legitimitet?

### *Avslutande frågor*

Finns det någonting utöver detta som Du anser vara relevant för oss i vår studie?

Om det framkommer att vi saknar något, är det ok att vi kontaktar Dig för komplettering?

Finns det något avslutningsvis som Du vill fråga oss om?